

**ELIANE XAVIER DA SILVEIRA**

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO DE ESTUDO PARA  
ANÁLISE DO AMBIENTE ORGANIZACIONAL COM ENFOQUE NA  
SOCIALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO E APRENDIZAGEM DOS PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DA LAPA – SÃO SEBASTIÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Contabilidade, do setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Blênio César Severo Peixe

**CURITIBA  
2007**

## **PENSAMENTO**

**“Não há nada mais difícil de ter em mãos, mais perigoso de conduzir, ou mais incerto em seu sucesso, que assumir a liderança na introdução de uma nova ordem das coisas.”**

Niccolo Machiavelli, O Príncipe

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a DEUS pela criação do ser humano e por não limitar a sua capacidade de conhecer e aprender e dotá-lo com a capacidade da linguagem oral que permite a comunicação e a socialização.

Meus pais por valorizarem e incentivarem o conhecimento durante toda a minha formação e comemorarem comigo cada conquista.

Ao meu esposo e filha, pois com vocês aprendo todos os dias o que significa a dimensão afetiva, e que durante a realização deste curso entenderam a minha ausência e que festejam comigo mais esta conquista.

Ao orientador Professor Blênio por toda dedicação e experiência ao orientar este estudo.

A professora Helena de Fátima Nunes Silva pelo entusiasmo em sala de aula ao compartilhar os seus conhecimentos sobre gestão do conhecimento, fomentando a busca de conhecimentos nesta área.

Aos colegas de turma por todos os momentos.

Ao Governo do Estado do Paraná e a Escola de Governo por investirem e proporcionarem o aprimoramento do conhecimento dos profissionais.

A todos profissionais de saúde do HRLSS que contribuíram com esta pesquisa.

## LISTA DE FIGURA

Figura - 1 –	Estrutura do SUS.....	20
Figura - 2 –	Esquema do Processo de Trabalho no Hospital.....	28
Figura- 3 –	Constituição do Talento Humano.....	37
Figura- 4 –	Modos de Conversão do Conhecimento .....	42



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico – 1 -	Categoria Profissional .....	54
Gráfico – 2 -	Tempo de Atuação no Hospital .....	55
Gráfico – 3 -	Faixa Etária dos Profissionais do HRLSS .....	55
Gráfico – 4 -	Formação Acadêmica dos Profissionais do HRLSS .....	56
Gráfico – 5 -	Vínculo Empregatício .....	57
Gráfico – 6 -	Cultura Organizacional .....	59
Gráfico – 7 -	Sistema de Informação .....	60
Gráfico – 8 -	Forma de Obter Informação para Realizar o Trabalho .....	61
Gráfico – 9 -	Aprendizagem no Trabalho .....	63
Gráfico – 10 -	Compartilhamento do Conhecimento .....	64
Gráfico – 11 -	Participantes do Trabalho em Saúde .....	65

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ABRASCO** – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**AIS** – Ações Integradas de Saúde

**CAPs** – Caixas de Aposentadorias e Pensões

**CONASP** – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**CEBES** – Centro de Estudos em Saúde

**DATAPREV** – Empresa de processamento de dados da Previdência Social

**DNERU** – Departamento Nacional de Endemias Rurais

**FAS** – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

**HRLSS** – Hospital Regional da Lapa São Sebastião

**IAPAS** – Instituto de Arrecadação da Previdência Social

**IAPs** – Instituto de Aposentadorias de Pensões

**INAMPS** – Instituto de Assistência Médica da Previdência Social

**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social

**Lops** – Lei Orgânica da Previdência Social

**MPAS** – Ministério da Previdência e Assistência Social

**OMS** – Organização Mundial de saúde

**OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde

**PIASS** – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

**Sesp** – Serviço Especial de Saúde Pública

**SINPAS** - Sistema Nacional de Previdência Social

**SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## RESUMO

**SILVEIRA, E. X. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO DE ESTUDO PARA ANÁLISE DO AMBIENTE ORGANIZACIONAL COM ENFOQUE NA SOCIALIZAÇÃO DO CONHEIMENTO E APRENDIZAGEM DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DA LAPA – SÃO SEBASTIÃO.** Pesquisa descritiva que se refere à socialização do conhecimento e aprendizagem dos profissionais de saúde da área hospitalar vinculado ao SUS. Baseia-se na Teoria da Criação do Conhecimento Organizacional de NONAKA E TAKEUCHI (1997) e na política nacional do ministério da saúde de Educação Permanente em Saúde como fatores propulsores para melhorias das ações de saúde pública, ressaltando a importância do conhecimento dos profissionais de saúde, como forma de buscar solução de problemas práticos do cotidiano. A metodologia consiste em revisão da literatura pertinente destacando o SUS e seus princípios doutrinários e organizativos, ambiente organizacional, a simbiose entre organização e as pessoas e estudo de caso realizado no HRLSS, abrangendo a análise dos dados coletados através do questionário e observação. Dentre os resultados obtidos se destaca que os profissionais têm compreensão que o trabalho em saúde trata-se de gestão de coletivos e que os atores envolvidos são gestores, usuários e profissionais de saúde, a complexidade do trabalho em saúde, que os profissionais reconhecem que suas atividades além da execução de procedimentos são momentos de aprendizagem, que um sistema de informação eficiente é uma ferramenta importante para se conseguir a participação das pessoas na construção e compromisso com as metas estipuladas podendo propiciar a inovação na organização do trabalho. Conclui-se que se houver uma gestão democrática com enfoque na gestão do conhecimento aliada a educação permanente em saúde, contribuirá significativamente para efetividade das ações de saúde, visto que haverá a reorganização dos processos de trabalho através da aprendizagem significativa. Como produto desta pesquisa, apresenta-se uma contribuição de estudo para o desenvolvimento do ambiente organizacional voltado para socialização do conhecimento e aprendizagem dos profissionais de saúde, fornecendo subsídios para formulação e gestão de projetos para este fim, mas atento à especificidade de cada instituição de saúde e pautado na capacidade de conhecimento do capital humano que compõe a organização.

Palavras-chave: SUS, ambiente organizacional, socialização do conhecimento, aprendizagem, profissionais de saúde.

E-mail: elianesilveira@sesa.gov.pr

## SUMÁRIO

<b>PENSAMENTO</b> .....	II
<b>AGRADECIMENTO</b> .....	III
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	IV
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	V
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	VI
<b>RESUMO</b> .....	VII
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	001
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	004
2.1. HISTÓRICO DAS AÇÕES DE SAÚDE .....	004
2.1.1. Ações de Saúde Segundo Hipócrates .....	006
2.1.2. Ações de Saúde no Capitalismo .....	006
2.2. 2.2 BINÔMIO SAÚDE – DOENÇA .....	007
2.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	010
2.3.1. Período 1923 – 1930 .....	011
2.3.2. Período 1930 – 1945 .....	012
2.3.3. Período 1945 – 1966 .....	013
2.3.4. Período 1966 – 1973 .....	014
2.3.5. Período 1974 – 1979 .....	016
2.3.6. Década 1980 .....	017
2.4. FUNDAMENTOS DO SUS .....	019
2.4.1. Princípios Doutrinários .....	021
2.4.2. Princípios Organizativos .....	022
2.5. PERSPECTIVAS NA SAÚDE .....	025
2.5.1. Dinâmica da Força de Trabalho em Saúde .....	026
2.5.2. Processo de Trabalho no Hospital .....	027
2.5.3. Educação Permanente em Saúde .....	029
2.5.4. Diretrizes da Educação Permanente em Saúde .....	029
2.5.5. Aprendizagem Significativa no Processo Trabalho em Saúde .....	031
2.6. AMBIENTE ORGANIZACIONAL .....	033
2.6.1. Concepção de Ambiente Organizacional .....	034
2.6.2. Ambiente Organizacional e sua Conexão com as Pessoas .....	035
2.6.3. Capital Humano na Organização .....	037
2.6.4. Ambiente Organizacional e Inovação .....	038
2.7. CONHECIMENTO INTERFACE COM APRENDIZAGEM .....	039
2.7.1. Conhecimento Explícito e Conhecimento Tácito .....	041
2.7.2. Conversão do Conhecimento .....	042
2.7.3. Aprendizagem Organizacional .....	044
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	046
3.1. Caracterização da Pesquisa .....	046
3.2. Ambiente de Pesquisa .....	046
3.3. Coleta de Dados e População .....	047
3.4. Sistematização e Análise dos Dados .....	048

<b>4.</b>	<b>ESTUDO DE CASO.....</b>	<b>050</b>
4.1.	Histórico do HRLSS .....	051
4.1.1.	Estrutura .....	052
<b>4.2.</b>	<b>LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES NO HRLSS .....</b>	<b>053</b>
4.2.1.	Dados de Identificação Determinando:	
	a) profissão e tempo de Atuação.....	053
	b) faixa etária .....	053
	c) formação acadêmica.....	056
	d) vínculo empregatício .....	057
4.2.2.	Cultura Organizacional.....	057
4.2.3.	Sistema de Informação.....	059
4.2.4.	Aprendizagem e Compartilhamento de Conhecimento.....	062
4.2.5.	Participantes no Trabalho em Saúde.....	064
4.3.	<b>AValiação e Discussão dos Resultados .....</b>	<b>065</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>069</b>
<b>6.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>072</b>
<b>7.</b>	<b>ANEXO .....</b>	<b>075</b>
7.1.	Anexo I – Questionário de Pesquisa .....	076
7.2.	Anexo II – Tabelas com os Dados Obtidos no Questionário.....	080

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo do desenvolvimento da humanidade identificam-se vários períodos distintos, em que o conhecimento se fez presente. A concepção acerca do conhecimento refere-se à representação do principal ativo e se encontra nas pessoas, recebendo várias denominações: capital humano, capital intelectual, parceiro e as instituições estão buscando implementar estratégias organizacionais baseando-se na gestão do conhecimento para dirimir dificuldades e desta formar serem competitivas dentro do seu mercado.

A relação saúde e estratégias de gestão não podem ser ignoradas, achando que os envolvidos na saúde têm exclusivamente que curar ao males físicos que afligem o ser humano deve-se levar em consideração que o binômio saúde – doença também evoluiu, e esta transformação afeta a construção da teoria e da prática dos profissionais. Desta forma, o conceito de saúde é construído no processo histórico e reflete o ambiente cultural e social de cada época.

A consolidação da política pública do Sistema único de Saúde (SUS) considera-se fruto de avanços, entretanto não é um sistema pronto e acabado. Esse sistema se constrói cotidianamente dentro das instituições de saúde. Os investimentos na área tecnológica, nos medicamentos e pesquisas trouxeram grandes benefícios, mas no bojo da organização produtiva do trabalho existem problemas que permanecem e que necessitam ser repensados e redimensionados, como a construção de mecanismos de gestão que atendam às necessidades de saúde da população e a realização profissional e pessoal dos trabalhadores de saúde.

Considerando os aspectos acima a questão de pesquisa deste estudo: *Como trabalhar o ambiente organizacional hospitalar do SUS voltado à socialização do conhecimento e aprendizagem para proporcionar aos profissionais de saúde uma prática de saúde mais adequada às necessidades da sociedade e a sua realização profissional?*

O presente estudo ressalta a importância do conhecimento dos profissionais, como forma de buscar solução de problemas práticos do cotidiano e a política nacional de educação permanente em saúde, já instituída pelo ministério de saúde, onde pode se estabelecer uma analogia com a teoria já existente da gestão do conhecimento. Considerando que gestão do conhecimento e a educação permanente em saúde valorizam o aprendizado e o compartilhamento de conhecimento, com objetivo de erradicar o desinteresse, o agir mecânico e burocratizado fazendo que o profissional vislumbre o processo de criatividade e inovação.

A contribuição deste trabalho será para que os gestores de políticas públicas de saúde encontrem subsídios para aprofundarem sua reflexão sobre estilos gerenciais, ambiente organizacional.

A amplitude destas percepções influi na formulação de planos, projetos e políticas que visam à melhoria das organizações, e identifiquem através deste viés a necessidade de ampliação dos investimentos estratégicos em gestão do conhecimento e educação permanente.

Visando aumentar o desempenho e produtividade dos profissionais de saúde através de uma melhor gestão dos serviços públicos, oferecendo respostas às necessidades concretas da população.

Este trabalho pretende analisar o ambiente organizacional do SUS com vistas à socialização do conhecimento e aprendizagem dos profissionais de saúde.

Especificamente pretende-se estudar o SUS seus princípios e o binômio saúde/doença. Identificar a partir da literatura, concepção de ambiente organizacional que inclui o compartilhamento e a aprendizagem como forma de cultura organizacional. Analisar o contexto organizacional do hospital nos aspectos de cultura organizacional, informação, compartilhamento de conhecimento e processo de aprendizagem.



## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O escopo deste trabalho é analisar o ambiente organizacional da instituição hospitalar vinculado à rede SUS voltado para o compartilhamento do conhecimento. Sendo o compartilhamento do conhecimento e aprendizagem fatores determinantes para gestão dos serviços de saúde.

### 2.1. HISTÓRICO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Para iniciar o estudo de saúde pública, deve-se priorizar o elemento constitutivo deste processo – história. O este processo tem origem e potencial de renovação. Fazendo referência a saúde pública, esta focaliza o estado, as políticas, as instituições e os profissionais de saúde.

Ao se realizar a análise da saúde, olhar para o passado, refletir e antever ações para o futuro é atividade essencial, pois perpassa várias questões da saúde pública, sendo um elemento enriquecedor do processo de análise dos profissionais e gestão do trabalho.

Inicia-se este estudo através da evolução histórica das ações de saúde com Asclépio, porém não se isenta o conhecimento do primeiro estágio da civilização, onde as práticas de saúde consistiam de medidas higiênicas. Os conhecimentos sobre a saúde e meios de amenizar os males físicos, de eliminar dores surgiram da necessidade de continuar existindo, marcado em alguns momentos da história pela inferência de associação com o sobrenatural, sendo o cuidado dos enfermos dirigido aos mágicos e feiticeiros.

Conforme REZENDE:

O budismo marca o período áureo das medidas de saúde na Índia. Os hindus se distinguiram pela construção de hospitais e atividades de enfermagem. Os regulamentos dos hospitais exigiam daqueles que praticavam ações de saúde, cuidados com a higiene pessoal e uso de roupas brancas e boas maneiras no trato com doentes. Nos hospitais da Índia havia músicos, narradores de histórias e poetas para distrair os doentes.

REZENDE (1986, p.34)

Segundo DONSOUZIS e FROTA (1999, p.6) “Asclépio, considerado o deus grego da medicina, foi venerado por uma antiga civilização helênica. Seus métodos e suas crenças tornaram-se uma herança valiosa, deixada em forma de mito às futuras gerações”. Sempre representado levando como tributo a serpente, símbolo da vigilância e adivinhação.

DONSOUZIS e FROTA (1999, p.7) destacam que “na Grécia antiga, bem como nas civilizações do Oriente, a medicina primitiva confundia-se com a magia. As clínicas eram templos”. As doenças eram vistas como castigo dos deuses, diversas oferendas e rituais eram feitos para acalmar a ira dos mesmos e recuperar a saúde perdida.

Asclépio foi o primeiro médico da humanidade e construiu clínicas chamadas *Asklipions*, onde curava os doentes com águas medicinais - água era considerada um agente purificador da alma e do corpo, com ervas e aromas, havia a busca da cura através do uso de óleos. Em seguida o paciente submetia-se a uma rigorosa dieta, fazia ginástica e tomava banho de sol, também era tratado com música, teatro e vinho – assim externava suas dúvidas, medos e angústias, desenvolvia o auto - conhecimento humano.

De acordo com DONSOUZIS e FROTA (1999, p.8) “Asclépio acreditava que a fé traria a cura ao doente. Ao receitar, iniciava a prescrição sempre da seguinte forma: “com ajuda de Deus e com remédio””.

Asclépio teve dois filhos - Maxaon e Polidário, o primeiro era cirurgião e o segundo, patologista – e uma filha que se chamou Ighia (saúde).

#### 2.1.1. Ações de Saúde Segundo Hipócrates

Hipócrates, o pai da medicina foi o décimo – sétimo descendente de Asclépio. Acreditava que a saúde implicava numa harmonia do homem com a natureza, pressupunha o equilíbrio entre os diversos componentes do organismo, e destes com o meio-ambiente. O bem estar dependia tanto de fatores internos quanto de fatores externos.

De acordo com REZENDE (1986, p.45) “Hipócrates é o divisor de águas entre os conceitos de saúde mística e ações sacerdotais, para a saúde enfocada como homeostase e doença como desequilíbrio. Curar é propiciar condições de refazer esse equilíbrio”. Hipócrates constituiu um sistema de bases científicas para os conhecimentos de saúde.

#### 2.1.2. Ações de Saúde no Capitalismo

A saúde na fase do capitalismo segundo REZENDE (1986, p.69) “não era vista apenas como qualidade inerente ao ser vivo. A doença era um transtorno econômico, potencial de trabalho não utilizado, não produzido. Saúde passava a significar a manutenção da população sadia e produtiva, a reparação rápida do dano a fim de diminuir a inatividade, para recolocar o homem em condições de trabalho”. As práticas de saúde absorveram a ideologia dominante e estavam dirigidas no sentido da manutenção da força de trabalho.

No texto da educação permanente em saúde apresenta:

Na Europa do século XVIII, a doença, reconhecida como um estágio diferente de saúde ganhou duas importantes concepções que definiriam as práticas e os sujeitos dessas práticas.

Em um primeiro momento, a doença era considerada resultado da maneira como se constituíam os aglomerados humanos, evidenciada quando do aparecimento das epidemias, sendo as ações daí decorrentes responsabilidades dos governos da época, fazendo com que surgissem profissionais e militantes que referenciavam as causas das epidemias como questões sociais, econômicas e físicas.

Num segundo momento, quando da descoberta do microscópio, as doenças passaram a ter uma causa visível – o micróbio – orientando o conhecimento e as práticas sobre saúde/doença, que passaram a ter como prioridade à compreensão da dinâmica e das maneiras de se evitar os efeitos da presença desse agente.

(BRASIL <sup>(2)</sup>, 2005, p.31)

Exemplo clássico do pensamento microbiano encontra-se nos princípios das ações preventivas, nas campanhas de prevenção e erradicação de doenças infecciosas e nas vacinas.

## 2.2. BINÔMIO SAÚDE - DOENÇA

Este trabalho estabelece que o processo de construção de saúde/ doença é um processo histórico, que varia no tempo e no espaço, assim como, a construção do saber-fazer dos profissionais de saúde.

Refletindo sobre o processo da enfermidade descortina-se especificidades sobre o processo de saúde/doença da sociedade, através dos aspectos sociais e culturais, ou seja, não somente uma análise através de dados biomédicos. Entretanto foca-se o binômio saúde/doença e as ações de saúde desenvolvidas enquanto práticas sociais e guiadas pela ideologia dominante.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Carta Magna de 07 de abril de 1948, apresenta como conceito de saúde: "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social".

Esta definição é frequentemente objeto de críticas, diz-se, por exemplo, que é um conceito utópico porque este estado é intangível; diz-se que é impossível medir o nível de saúde de uma população a partir deste conceito porque as pessoas não permanecem constantemente em um estado de bem-estar; e afirma-se, na maioria das vezes, tratar-se de uma definição que carece de objetividade porque esta baseada em um conceito subjetivo, o conceito de bem-estar.

(CAPONI, 2003, p.66)

Ao se analisar a questão o bem-estar estaria vinculado à adaptação do homem ao meio ambiente e se ambos interagem satisfatoriamente o homem encontraria o bem-estar e ausência de doença. Esta abordagem positiva de saúde estabelece uma existência sem angústias, e apresenta como patológico tudo que se apresente como perigoso e indesejado. Porém nosso mundo é real possível de acidentes e o ser humano no seu processo de adaptação muitas vezes encontra conflitos e adversidade, e desta forma saúde não deverá ser pensada como normalidade em oposição à doença.

De acordo com a publicação do ministério da saúde <sup>(2)</sup> (2005, p.39) que recorre a Dejours para apresentar que “saúde não é algo que vem do exterior, não é um assunto dos outros. Ao contrário disso, a saúde é uma “coisa” que se ganha que se enfrenta e de que se depende. É algo onde o papel de cada pessoa é fundamental”.

Vislumbra-se que saúde pode ser a capacidade de enfrentamento do ser humano no seu processo de viver, pois viver é um processo dinâmico e que pressupõe a experiência de doença.

O texto da educação permanente em saúde apresenta:

A saúde é compreendida, então, como a capacidade de cada um, de enfrentar situações novas, como a margem tolerância (ou de segurança) que cada um possui para enfrentar e superar as adversidades do seu meio.

Nessa perspectiva, a saúde pode ser pensada como a possibilidade de uma pessoa ficar doente e poder recuperar-se a partir, também, dessa margem de tolerância. Isso significa dizer que cada pessoa

tem capacidades próprias para administrar, de forma autônoma, as tensões do meio com as quais ela precisa conviver.  
(BRASIL <sup>(2)</sup>, 2005,42p.)

Em Brasil <sup>(2)</sup> (2005, p.39) ressalta que “saúde e doença não são conceitos definitivos nem tampouco são opostos. Ambos referem-se á sobrevivência, à qualidade de vida ou a própria produção de vida. São conceitos que dependem do lugar de onde se está, dos tempos, dos contextos e das tensões em que cada um está inserido”.

Tem-se arraigado na nossa cultura a associação da saúde do corpo com a eficiência de uma máquina, se está em bom estado tem saúde, caso contrário apresenta-se doente.

A experiência do ser vivo inclui doença, não há saúde perfeita precisa-se de políticas públicas de saúde com objetivos possíveis, entendendo saúde como segurança contra os riscos, coragem para enfrentá-los e que maximizem a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir os riscos que estão sempre presente na vida.

Esta concepção de risco permite apresentar o conceito de prevenção e promoção de saúde.

Segundo CAPONI (2003, p.71) “promoção de saúde reúne o conjunto de atividades realizadas com o propósito de melhorar um estado de saúde positivo - cuidado ambiental, por exemplo, a prevenção das doenças e danos é o conjunto de atividades – vacinação, por exemplo, que persegue o propósito de evitar conseqüências negativas ou riscos para a saúde”.

Com base nestas concepções chega-se a uma formulação que assegura a idéia de saúde em sua positividade, esta concepção segundo CZERESNIA (2003,

p.45) “é ressaltada na Conferência Internacional de Ottawa (1986), postula a idéia de saúde como qualidade de vida resultante do complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação”.

No Brasil esta ampla conceituação recebe destaque no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde no mesmo ano de 1986. Onde foi ressaltado que direito à saúde significa a garantia de condições dignas de vida, de acesso igualitário às ações e serviços de saúde em todos os seus níveis e a todos habitantes.

Desta forma, nota-se que saúde não está baseada somente na medicina e biologia, mas na intersectorialidade e articulação com a dimensão ambiental, social, política, econômica, comportamental, tendo-se uma visão ampla de saúde.

Uma tendência importante decorrente da visão ampla de saúde é baseada no desenvolvimento local e sustentável.

Segundo AKERMAN (2005, p.39) “... poder-se-ia dizer que desenvolvimento local é um processo que move energias, recursos e talentos de pessoas e organizações para favorecer a cidadania e melhorar as condições de vida da população de determinado espaço geográfico socialmente definido”.

Sendo assim, promoção da saúde contribui para amenizar o sofrimento causado pelos problemas de saúde e está associada a um conjunto de valores como qualidade de vida, democracia, desenvolvimento, participação.

### 2.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A implantação legal do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre pela Constituição Federal de 1988, é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS)

que é formada por duas leis: Lei nº. 8080/90 que trata das condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, normatiza a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, e Lei nº. 8142/90 que trata da participação da comunidade na gestão do SUS, normatiza as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Para melhor abordagem da organização do SUS, pode-se sintetizá-lo através da idéia de construção, processo histórico, como resultante do conjunto de ideologias.

Na busca de referência histórica daqui a diante, apresenta-se de maneira sucinta o processo de transformação que faz parte da edificação do SUS, inicia-se a partir de 1923 e estende-se até década de 1980, onde ocorre à implantação legal do SUS, este levantamento tem intuito de demonstrar o processo de construção desta política pública.

#### 2.3.1. Período 1923 – 1930

CUNHA & CUNHA (2001, p.286) apresentam as características deste período, “em 1923 é promulgada a Lei Eloy Chaves, que para alguns autores é definida como início da Previdência Social no Brasil”. No período de 23 -30 surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs).As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas por representantes da empresa e dos empregados, ficando ao poder público apenas intermediar resolução de conflitos.



Neste modelo previdenciário, a assistência médica refere-se como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde.

Segundo CUNHA & CUNHA (2001, p.286)

Em relação às ações de saúde coletiva, este período é marcado pelo surgimento do chamado "sanitarismo campanhista", nascido da Reforma Carlos Chagas em 20-23. Este sanitarismo se pautava por uma visão do combate às doenças de massas, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de "intervenção sobre os corpos individual e social".

(CUNHA & CUNHA 2001, p.286)

Pouco antes de 20 havia sido criado o Departamento Nacional de Saúde Pública.

### 2.3.2. Período 1930 – 1945

Com base em CUNHA & CUNHA:

Com a Revolução de 30, liderada por Getúlio Vargas, assume o poder uma coalizão que traz, de forma destacada, a preocupação com o novo operariado urbano. Este período foi marcado pela criação de órgãos e instrumentos que legitimaram a ação sindical em moldes corporativos".

Do ponto de vista político, este período é caracterizado por uma profunda crise, marcado por greves e manifestações.

(CUNHA & CUNHA 2001, p.287)

Neste caso a previdência trata-se como seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde. CUNHA & CUNHA (2001, p.287) apresentam que "legislação adotada entre 30 e 45 tentará diferenciar as atribuições de benefício e serviços de saúde. Estes passam a ser entendidos como concessão, e não mais atribuição específica, sendo uma função provisória e secundária".

Fato este que provoca um profundo corte nas despesas com assistência médico-hospitalar.

Este momento é marcado pela criação dos Institutos de Aposentadoria de Pensão (IAPs), entidades organizadas não mais por empresas, mas por categorias profissionais. A administração dos IAPs era bastante dependente do governo federal.

De acordo com CUNHA & CUNHA:

Em relação às ações de saúde pública são marcadas pelo auge do sanitarismo campanhista. Em 1937 é criado o primeiro órgão de saúde de dimensão nacional, Serviço Nacional de Febre Amarela, em 39 o Serviço de Malária do Nordeste, e em 40 o Serviço de Malária da Baixada Fluminense".

No período 38-45, o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o país. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), com atuação voltada para áreas não coberta pelos serviços tradicionais.

(CUNHA & CUNHA, 2001, p.28)

### 2.3.3. Período 1945 – 1966

Este período segundo CUNHA & CUNHA:

Pode ser subdividido em duas fases do ponto de vista da conjuntura política. A primeira representada pelo fim do Estado Novo e a redemocratização do país. Período do desenvolvimentismo, que levou a um acelerado processo de urbanização e industrialização. Foi marcante no governo Juscelino a visão de que a solução para os problemas sociais estava mais no desenvolvimento do que nas políticas sociais.

Uma segunda fase é iniciada com golpe de 64, que estabelece uma ruptura com os governos democráticos anteriores. O regime instalado tem como característica o autoritarismo, com o fechamento dos canais de participação aos trabalhadores, e um discurso de racionalidade técnica e administrativa, que repercutiu nas ações de Previdência e saúde.

As ações de previdência são caracterizadas pelo crescimento dos gastos, elevação de despesas, diminuição de saldos, esgotamentos de reservas e déficits orçamentários.

(CUNHA & CUNHA 2001, p.288)

De acordo com CUNHA & CUNHA:

Na Constituição de 46, a assistência sanitária é incorporada à Previdência Social, e em 1953 é promulgado o "Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensão", que formaliza a responsabilidade dos mesmos com a assistência médica. A Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), promulgada em 1960, uniformiza os direitos dos segurados de diferentes institutos, o que

agrava as dificuldades financeiras crescentes da previdência no período.

(CUNHA & CUNHA, 2001, p.289)

O Brasil passa a ser influenciado pelas idéias de seguridade social. Ao mesmo tempo, vive-se um intenso processo de construção e compra, de hospitais.

Com golpe de 1964 e o discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, ocorre a fusão dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), marcando também a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão dos sistema.

O sanitarismo desenvolvimentista teve sua contribuição mais voltada para as discussões conceituais relacionadas com a saúde. Os sanitaristas da época estabeleceram relação entre saúde e economia e definiram a saúde de um povo com o desenvolvimento econômico.

Marcos desta época segundo CUNHA & CUNHA:

Primeiro foi a criação da Comissão de Planejamento e Controle das Atividades Médico-Sanitárias, com a função de elaborar o plano plurianual, integrando as atividades de saúde ao Plano Nacional de Desenvolvimento, o segundo foi à realização da III Conferência Nacional de Saúde, que, além de discutir as propostas elaboradas por aquela comissão, sistematizou as propostas de descentralização e municipalização da saúde.

Em 1956, é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), com finalidade de organizar e executar os serviços de investigação e combate às principais patologias evitáveis deste período, malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquitissomose entre outras endemias no país.

(CUNHA & CUNHA, 2001, p.290)

#### 2.3.4. Período 1966 – 1973

Foi um período marcado pelo crescente papel do Estado como regulador da sociedade. A criação do INPS insere-se na perspectiva modernizadora da máquina

estatal. Em relação à assistência médica, observa-se um movimento ainda mais expressivo de ampliação de cobertura.

De acordo com CUNHA & CUNHA:

Os gastos com assistência médica, que continuam crescer neste período, chegam a representar mais de 30% dos gastos totais do INPS em 76. A ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Exemplo do descaso com ações coletivas e de prevenção é a diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, que chega a representar menos de 1,0% dos recursos da União.

A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamento médicos. Ao mesmo tempo, e em nome da racionalidade administrativa o INPS dá prioridade à contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios.

(CUNHA & CUNHA, 2001, p.291)

A modalidade de compra de serviços adotada possibilitou o superfaturamento por parte dos serviços contratados, colocando em risco o sistema financeiro da instituição.

A expansão do complexo previdenciário criou uma nova modalidade de atendimento, a medicina de grupo, estruturada a partir de convênios entre o INPS e empresas.

CUNHA & CUNHA (2001, p.292) apresentam que o “decreto-lei 200/67 definia as atribuições do Ministério da Saúde, com subordinação da assistência médica previdenciária à política nacional de saúde, a prática mostrava um ministério esvaziado em suas competências”.

As ações de saúde coletiva estão dispersas num conjunto de ministérios: agricultura, transportes, trabalho, interior, educação.

### 2.3.5. Período 1974 – 1979

Os estudos de CUNHA & CUNHA (2001) apresentam que,

As alterações na conjuntura política, dos pontos de vistas interno externo, forçaram o Estado a fortalecer a opção pela Seguridade Social como forma de buscar legitimidade, o que leva à intensificação do modelo por meio do aumento crescente de cobertura e a ampliação de benefícios.

Em 1974, são criados o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). O FAS proporcionou a remodelação e a ampliação dos hospitais da rede privada, por meio de empréstimos com juros subsidiados. A existência de recursos para investimentos e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levaram a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados entre 69-84, de tal forma que subiram de 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984.

(CUNHA & CUNHA, 2001, p.293)

O II Plano Nacional de Desenvolvimento consagra a separação de ações de saúde coletiva e atenção médica, e reserva os primeiros ao setor estatal, e aos segundo, via Previdência Social, ao setor privado.

A falta de controle sobre serviços contratados propiciou condições para que a corrupção atingisse níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro da Previdência. Para enfrentar e controlar as distorções, sem afetar substancialmente o sistema é criado a Empresa de Processamento de dados da Previdência Social (DATAPREV).

Também merecem destaque o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). O primeiro tinha como objetivo desburocratizar o atendimento dos casos de emergência, o que gerou a universalização do atendimento desses casos. A SINPAS tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios, custeio de atividades e programas, gestão administrativa, patrimonial e financeira da Previdência.

Foram criados o Instituto de Assistência Medica da Previdência Social (Inamps) e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social (Iapas).

## Segundo CUNHA & CUNHA:

Em relação às ações de saúde coletiva neste período percebe-se uma coincidência entre as propostas internacionais de cuidados primários em saúde, decorrentes da Conferência de Alma-Ata, da qual o Brasil é um dos signatários, e a necessidade interna de desenvolver e expandir cobertura para contingentes populacionais excluídos pelo modelo previdenciário”.

Tendo como referência as experiências em vigor, as recomendações internacionais e a necessidade de expandir cobertura, em 1976, inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). Concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, se configura como o primeiro programa de medicina simplificada do nível federal e permite a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho do Estado.

(CUNHA & CUNHA, 2001, p.294)

Surgem movimentos de trabalhadores de saúde. São criados o Centro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Acontece também o s primeiros encontros de secretários municipais de saúde iniciando-se um movimento incipiente de municipalização em saúde.

### 2.3.6. Década de 1980

Neste período o artigo de CUNHA & CUNHA (2001, p.295) apresenta que o “Brasil vivia um quadro político e econômico marcado por dificuldades no panorama nacional e internacional, caracterizado por um processo inflacionário e uma crise fiscal sem controle, ao lado do crescimento dos movimentos oposicionistas e de divisões internas nas forças que apoiavam o regime”.

Em seu artigo CUNHA & CUNHA (2001, p.295) recorrem a Teixeira & Oliveira para definir “os anos 80 – 83 como o período de eclosão de três crises: ideológica, financeira e político – institucional”. Tem início movimentos em direção ao processo de redemocratização do país.

De acordo com CUNHA & CUNHA (2001, p.295) a “crise ideológica se caracteriza pela necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde”.

A Conferência de Alma-Ata na quais os países participantes reconhecem a atenção primária e a participação comunitária como estratégia para conquista da meta “Saúde para todos no ano 2000”, tal preceito inspira a formulação do Prev-Saúde - projeto que incorpora os pressupostos de hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão de cobertura.

A discussão deste projeto fez eclodir uma divisão entre a equipe responsável e alguns setores interessados na questão da saúde, principalmente a Federação brasileira de Hospitais. Isto origina versões diferentes do Prev-Saúde e faz que ele seja caracterizado como “natimorto”, não chegando a ser implementado.

(CUNHA & CUNHA, 2001, p.296)

O aspecto político-institucional é marcado pela criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, composto por representantes da sociedade civil e parte dos prestadores de serviços de saúde contratados/ conveniados.

De acordo com CUNHA & CUNHA:

O documento recupera propostas antes apresentadas pelo Prev-Saúde no sentido da hierarquização, regionalização, descentralização e integração de serviços (...).

A proposta do Conasp foi consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde (AIS)...

Mais que um programa dentro do Inamps e das secretarias de Saúde, as AIS passaram de estratégia setorial para reforma política de saúde. Em 1984, era destinado às AIS 4% do orçamento do Inamps, passando para 12% em 1986.

(CUNHA & CUNHA 2001, p.297)

CUNHA & CUNHA (2001, p.297) apresentam que “no governo da Nova República, a proposta das AIS é fortalecida através da valorização das instâncias de gestão colegiada, com a participação de usuários dos serviços de saúde”.

Em 1986 é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, com participação dos trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde, este evento foi um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. O

documento serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniu logo após.

#### Segundo artigo de CUNHA & CUNHA:

Durante a elaboração da Constituição Federal, outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Estratégia de transição em direção ao SUS, propunha a transferência dos serviços do Inamps para estados e municípios.

Este processo de estadualização, em alguns casos levou a retração de recursos estaduais para saúde e a apropriação de recursos federais para outras ações, além de possibilitar a negociação clientelista com os municípios. (CUNHA & CUNHA, 2001, p.298)

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como direito a ser assegurado pelo Estado.

## 2.4. FUNDAMENTOS DO SUS

Os fundamentos do SUS não nasceram entre quatro paredes, mas foram à construção de grande parcela da sociedade (movimento reforma sanitária). Nos fundamentos desta nova política pública de saúde, encontram-se os princípios que são à base da construção do SUS e as diretrizes que devem orientar a organização do SUS em todo país.

Analisando o termo Sistema Único de Saúde - SUS, destacam-se dois conceitos importantes: o primeiro se refere ao princípio de sistema e outro de unicidade.

De acordo com CUNHA & CUNHA (2001, p.300), "a noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum". Dentro desta concepção, percebe-se que a filosofia de sistema é de responsabilidade das três



esferas de governo: União, estados e municípios, ou seja, serviços e ações que interagem para um fim comum de atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, esclarecendo que também os prestadores de serviços de saúde conveniados e contratados são seguidores das mesmas normas do serviço público.

O conceito de unicidade traduz a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo território nacional. Porém CUNHA & CUNHA (2001, p. 300) esclarecem que “o que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular”.

Para melhor visualização pode-se apresentar a estruturação do SUS através da imagem abaixo:

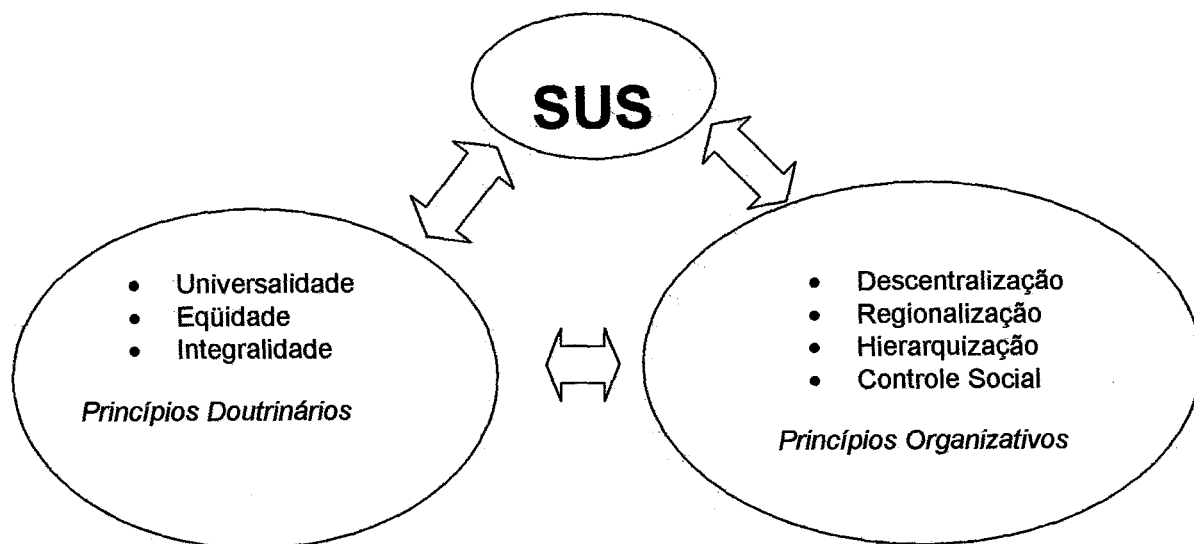


Figura -1. Estruturação do SUS. Fonte: Elaborado pela Autora

#### 2.4.1. Princípios Doutrinários

Os princípios doutrinários compreendem a universalidade, eqüidade e a integralidade que serão apresentados daqui por diante.

*Universalidade* – conforme o artigo 196 da Constituição, *a saúde é direito de todos e dever do Estado*. Duas são as implicações dessa passagem constitucional:

a) Saúde direito de todos. Antes da Constituição de 1988 era preciso contribuir para previdência Social para ter acesso à saúde pública, agora todo cidadão deve tê-lo pelo simples fato de Ser Humano, não importando sexo, idade, crença religiosa, partido político, contribuição previdenciária etc. O SUS entende saúde como direito da cidadania. Enquanto direito a saúde deve ser gratuita, visto que pagam-se impostos que são utilizados para custear este gasto.

b) Saúde é responsabilidade do estado (União, estado, município) quando uma necessidade humana é reconhecida como direito fundamental, a sociedade tem um papel na implementação do SUS, mas a responsabilidade primeira ou máxima é do estado.

*Eqüidade* – refere-se a diminuir as desigualdades, porém não é sinônimo de igualdade. O SUS busca oferecer ações de saúde conforme a peculiaridade e a necessidade das pessoas. De acordo com CUNHA & CUNHA (2001, p. 301) “eqüidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior e que a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. Princípio de justiça social”.

*Integralidade* – significa considerar a pessoa como um todo, um ser integral, bio-psico-social, essa visão integral e de um sistema integral está voltado a promover, proteger e recuperar a saúde. Este princípio pressupõe duas formas:

- a) Integralidade vertical: em que o ser humano é entendido como um todo não fragmentado, integrado a uma comunidade e vivendo num contexto específico.
- b) Integralidade horizontal: quer dizer que se tem direito às diversas ações de saúde: promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e alívio que precisam estar articuladas. Conforme o art. 198 da Constituição tem-se direito ao “atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Para organização do SUS ser de fato um sistema de qualidade e de relevância pública existem algumas diretrizes que orientam o processo que são os:

#### 2.4.2 Princípios Organizativos

*Regionalização* - segundo a Constituição (cf.art.198), “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada (...)”. Essa idéia remonta a Conferência de Alma-Ata que afirmava a importância de organizar a saúde perto da casa das pessoas. As bases para a organização das ações em saúde devem ser as características epidemiológicas, culturais e geográficas das regiões delimitadas. Quanto mais perto da população forem executadas as ações, maior a capacidade de agir sobre as causas dos problemas de saúde de determinada região.

*Hierarquização* – o SUS prevê que as ações de saúde estejam articuladas entre si de forma hierarquizada, desde o nível primário da atenção, até o nível de

média e alta complexidade. Garantia que todas as pessoas tenham disponíveis todas às ações em saúde de que precisam.

Os problemas de saúde de mais fácil solução seriam resolvidos perto da população porque não exigem procedimentos especializados, entretanto procedimentos mais complexos seriam tratados em hospitais e centro especializados.

Visto ser insustentável que todos os municípios ofertem todas as ações de saúde e serviços. Um cidadão ao entrar numa unidade vinculada ao sistema de saúde e este local não tendo condições de resolução do seu problema, deve encaminhá-lo imediatamente para outra unidade mais especializada.

As ações e serviços de saúde devem ser planejados para responder aos problemas de determinada região, para isso os indicadores epidemiológicos são à base do planejamento em saúde, havendo racionalidade para não ofertar procedimentos desnecessários e gerar desperdício de recursos.

*Descentralização* - fundamenta-se na teoria de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Com aprovação do SUS, muito do que se fez com argumento da descentralização foi à municipalização da saúde, entretanto destaca-se que o município assumiu ações e serviços de saúde, mas dependendo dos recursos centralizados na União, fato este que gera limitações no momento de tomar decisão. Este princípio tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos.

*Controle Social* – reflete a democratização, estimulando a organização da sociedade para o efetivo exercício da democracia na gestão do SUS. A Lei 8142/90 traduz o texto constitucional em duas formas de participação: Conselhos de Saúde e

as Conferências de Saúde nas três esferas de governo. Os *Conselhos de saúde* são órgãos deliberativos, de caráter permanente, composto por representatividade de toda sociedade: usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores privados.

As *Conferências de Saúde* são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para proporem diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde, acontecem a cada quatro anos.

Relacionado com os princípios organizativos, um outro aspecto refere-se à questão da complementaridade do setor privado. Isto ocorre caso o setor público seja incapaz de atender a demanda programada o setor privado poderá ser contratado, devem ter prioridade de contratação os filantrópicos e ou não – lucrativos, os contratados devem seguir as regras do direito público e as diretrizes do SUS, Para fim de contratação de serviços, os gestores deverão preceder licitação, de acordo com Lei Federal nº. 8666/93.

O SUS se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados em saúde, e continua a ser tema de reflexões.

Enquanto outros países referendam que o sistema de saúde brasileiro é o mais avançado do mundo, tem-se encontrado neste sistema pontos de averiguações que levam a discussão que se referem ao aspecto de sua eficiência e sua dificuldade de implementação, são obstáculos de toda ordem tais como: dificuldade de financiamento, disputa de grupos com interesses divergentes, insuficiência de capacidade gerencial, excessiva burocracia na forma de administrar a coisa pública, experiência recente com processo de democratização, formação de recursos humanos com perfil voltado para fortalecimento da descentralização e

desenvolvimento de estratégias para alcançar a integralidade da atenção à saúde e por fim o incremento da participação popular (controle social).

O SUS busca superar um modelo de saúde centrado na assistência individual à doença, mas olha também para problemas coletivos da população e espera dos gestores atividade pró-ativa na busca de soluções.

## 2.5. PERSPECTIVAS NA SAÚDE

Durante as mobilizações pelo Dia Mundial da Saúde em 2006, a OMS apresenta o relatório intitulado “Trabalhando Juntos pela Saúde”, divulgado pela OPAS, onde informa que existe um déficit de quase 4,3 milhões de médicos, parteiras, enfermeiras e auxiliares em todo planeta. Resultando este fato em 1,3 bilhões de pessoas sem acesso aos cuidados médicos mais básicos.

A escassez se reflete na maioria das vezes nos países mais pobres, especialmente a África e Ásia. Segundo o relatório cerca dos 59 milhões de trabalhadores de saúde no mundo, quase metade fica nas Américas, onde os países têm média 24 profissionais para cada mil habitantes.

No Brasil segundo a secretaria de gestão do trabalho do Ministério da Saúde o problema não é a escassez, mas sim a questão de distribuição, pois existem poucos profissionais nas periferias e zonas rurais do país.

O presente relatório (OPAS, 2006, p.4) considera que “trabalhadores de saúde são todas as pessoas fundamentalmente engajadas em ações que têm o propósito fundamental de aumentar a saúde”. A OMS calcula que exista no mundo um total de 59,2 milhões de trabalhadores de saúde remunerados trabalhando em tempo integral. Os prestadores de serviços de saúde constituem cerca de dois

terços da força de trabalho global na área de saúde. Enquanto o terço restante é composto por gestores em saúde e trabalhadores de apoio. Outro dado é que cerca de dois terços dos trabalhadores são servidores públicos, enquanto um terço está no setor privado.

#### 2.5.1. Dinâmica da Força de Trabalho em Saúde

De acordo com relatório mundial de saúde (OPAS, 2006, p.3) “os prestadores de serviços de saúde são a personificação dos valores centrais de um sistema – eles curam e cuidam de pessoas, aliviam dores e sofrimento, previnem doenças e mitigam riscos, sendo a ligação humana que conecta o conhecimento à ação de saúde”.

Sendo o trabalhador o elo entre conhecimento e a ação de saúde, se faz necessário criar estratégias para melhorar o desempenho dos profissionais, através de incentivos ao trabalho, condições de trabalho mais seguras e investimentos na idéias do aprendizado durante toda vida.

Esta idéia de aprendizagem deve estar presente no local de trabalho, bem como que o profissional seja encorajado a gerar inovação, e incentivado a compartilhar suas idéias.

Desta forma os profissionais de saúde serão um componente estratégico e dinâmico para o enfrentamento dos problemas do SUS.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS):

Apresenta que o fator recursos humanos em saúde tem algumas características como: Mão de obra intensiva, na sua operacionalização conta com um contingente expressivo e a incorporação de recursos tecnológicos e equipamentos não reduzem os trabalhadores; As instituições de saúde dependem de forma radical dos trabalhadores; Os serviços de saúde atendem necessidades multidimensionais e são de difícil avaliação; A organização dos serviços de saúde depende do ambiente sócio-

político, é regulado externamente à organização, está exposta ao fator burocrático; A prestação de cuidados de saúde é uma atividade de interesse público, e atinge a todos em algum momento da vida. São ações de múltiplos interesses e múltiplos agentes e a gestão está inserida em todos os espaços.

(BRASIL<sup>(4)</sup>, 2003, p.112)

A efetiva implantação do SUS requer a busca de alternativas e soluções para velhos e novos problemas na área de recursos humanos.

Existem desafios a serem enfrentados como: morosidade nos processos de concurso público, insatisfação profissional decorrente das diversas formas de remuneração do trabalho, da expectativa dos planos de cargos e carreira, precária condições de trabalho e valorização profissional, alta rotatividade e distribuição inadequada dos servidores, despreparo das gerências das unidades assistenciais no que se refere à gestão com pessoas, inexistência de mecanismos de avaliação para o trabalho realizado, terceirizações dos recursos humanos de atividades fins.

### 2.5.2. Processo de Trabalho no Hospital

O processo de trabalho hospitalar caracteriza-se como, múltiplo, complexo e desenvolvido em diversos níveis: ambulatorial e clínica. O foco deste processo deve ser sempre o paciente e a produção de saúde.

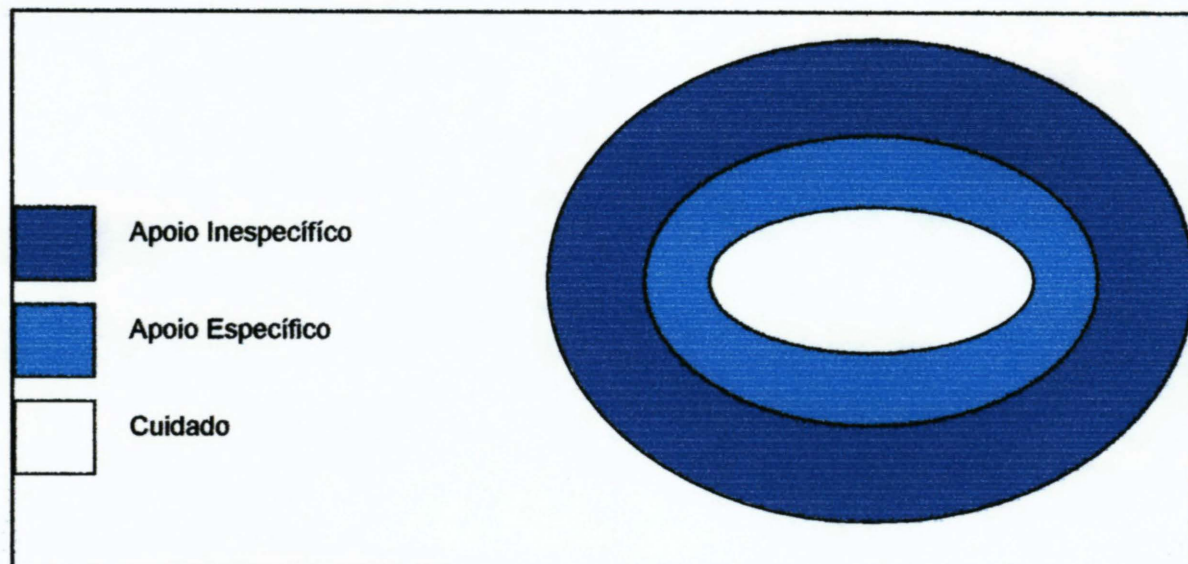
O objeto do trabalho hospitalar é complexo, e é também humano. Interage com o trabalhador. O processo de produção, neste caso, depende da cooperação do objeto de trabalho. A necessidade social geradora do trabalho e o objeto do trabalho hospitalar formam uma unidade. Neste sentido, já se tem considerado o usuário de serviço de saúde como parte dos recursos humanos a serem considerados. A cooperação se dá então, necessariamente, tanto entre trabalhadores em saúde quanto entre estes e o seu objeto.”

(MACHADO e CORREA, 1992, p.161)

O hospital é um espaço de conhecimento e interação, pelas trocas estabelecidas, conforme demonstra a figura:



Figura - 2. Esquema do Processo de Trabalho no Hospital.



Fonte: MACHADO e CORREA (1992, p.162).

MACHADO e CORREA definem seu esquema da seguinte maneira:

Sinteticamente, podemos representar o trabalho hospitalar em um esquema concêntrico onde o centro da atividade hospitalar, será chamado genericamente de cuidado com o paciente. Nestas atividades participam fundamentalmente os profissionais médicos e de enfermagem, sendo neste foco organizada uma nítida hierarquia desde a tomada de decisões do que fazer com o doente à execução dos cuidados mais simples, como a medição da temperatura pelos técnicos de enfermagem. (...)

O trabalho no hospital apresenta ainda dois grupos de atividades de apoio, um primeiro, especificamente relacionado com a saúde do paciente como exames laboratoriais, de imagens e funcionais, nutrição, assistência social e farmácia. E outro, de atividades de apoio, como limpeza e manutenção em geral, que também se divide em predial e de equipamentos.

(MACHADO E CORREA, 1992, p.161)

O trabalho hospitalar se afirma pela concentração de trabalho humano em pessoas e exige alto nível de qualificação para muitas atividades e constante treinamento, enfrentamento de situações com variabilidade e emergência. Desta forma a tomada de decisão em situações novas faz parte da rotina.

Verifica-se que um dos componentes da motivação e satisfação dos trabalhadores é o alto valor social do trabalho hospitalar.

### 2.5.3. Educação Permanente em Saúde

O ministério da saúde considerando a necessidade de formular e executar políticas para orientar a formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, institui a política nacional de educação permanente em saúde através da Portaria Nº. 198 de 13 de fevereiro de 2004.

Esta portaria esclarece o significado de educação permanente em saúde:

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações de serviço e entre docência e atenção básica, sendo ampliado, na reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;

Considerando que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção de saúde coletiva;

(BRASILIA, 2004, p.2)

Com base nas informações acima, percebe-se que a educação permanente em saúde é uma política de articulação entre aprendizagem e trabalho, buscando tornar o SUS mais resolutivo, incorporando o aprender e o ensinar ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Desta forma o sistema de saúde atenderá os usuários com maior capacidade de resolução, ou seja, baseado no contexto locorregional e transformação das práticas profissionais.

### 2.5.4. Diretrizes da Educação Permanente em Saúde

A educação permanente em saúde basea-se no trabalho, com objetivo de transformação das práticas profissionais e de organização, sendo esta transformação estruturada a partir da problematização do cotidiano.

Nas diretrizes de educação permanente em saúde visualiza-se o trabalho com a idéia de rede (roda de gestão), pressupondo a ruptura com o conceito de sistema verticalizado.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede SUS (onde considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social do conhecimento).

(BRASILIA, 2004, p.2)

A unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde apresenta seguinte definição:

Na política de educação permanente em saúde, a roda aparece como uma referência central para gestão produtora de rede/malhas. Contrapondo as formas tradicionais de gestão, a noção da roda nos serve para provocar um movimento de relativização dos organogramas piramidais e das estruturas ou lógicas verticais de organização do trabalho.

(BRASIL (2), 2002, p.112)

A política de educação permanente em saúde nasce comprometida com a mudança através da gestão colegiada. Os trabalhadores não devem ser aqueles que executam ações centradas na assistência por procedimento, mas devem estar engajados em refletir, planejar, propor e controlar a gestão e as formas de trabalho.

A educação permanente em saúde apresenta uma oportunidade para produção do diálogo e cooperação entre os profissionais, entre os serviços e a formação para que todos os atores envolvidos busquem resolver os problemas de saúde com qualidade e construção do SUS com resolutividade.

### 2.5.5. Aprendizagem Significativa no Processo de Trabalho em Saúde

A educação permanente em saúde apresenta que para enfrentar os problemas do processo de trabalho é necessário o desenvolvimento da aprendizagem significativa.

Aprendizagem significativa ocorre quando o material de aprendizagem se relacionar de forma substantiva e não arbitrária com aquilo que a pessoa já sabe, ou seja, quando essa nova informação está de alguma forma, relacionada com os conhecimentos prévios da pessoa.

(BRASIL <sup>(3)</sup>, 2005, p.13)

Para ocorrer aprendizagem significativa percebe-se a necessidade de duas condições: Conteúdo potencialmente significativo, e a motivação da pessoa para relacionar o que aprende com o que já sabe e de forma aberta interagir com o outro.

Para se realizar análise de uma ação educativa os elementos importantes são: o processo de trabalho, sua finalidade, os atores envolvidos. Todos esses elementos são importantes para definir possibilidade de ação educativa produzir aprendizagem e conhecimento. Que no processo de conhecimento está integrado pensamentos, sentidos e ações e que aprendizagem é resultado do processo de interação que ocorre no plano afetivo e cognitivo.

A aprendizagem significativa no processo de trabalho em saúde compreende: a rede analisadora do processo de trabalho, rede explicativa de problemas e “nós-críticos”, rede de co-gestão de coletivos.

A rede analisadora do processo de trabalho serve para identificação de problemas.

A rede analisadora do processo de trabalho em saúde procurar ampliar a compreensão do modo como as atividades são realizadas no cotidiano do trabalho, considerando: as atividades desenvolvidas no trabalho, quem realiza as atividades, como são realizadas, por

que são realizadas, a quem se destinam, seu resultado efetivo considerando o olhar do usuário,, o que pode ser melhorado e/ou descartado, a relação estabelecida entre trabalhador – usuários/cidadão; trabalhador-trabalhador – gestão e trabalhador – formação.

(BRASIL <sup>(3)</sup>2005, p.36)

A análise do processo de trabalho identifica os problemas ou conforme terminologia adotada pela educação permanente os “nós-críticos”.

Na unidade de aprendizagem – práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde <sup>(3)</sup> (2005, p.37), apresenta “nós-críticos como condicionantes (explicações de problemas) com alto valor para os atores envolvidos, associados à alternativas concretas para seu enfrentamento e com capacidade de produzir efeito positivo para diminuição do desconforto em questão”.

A rede explicativa de problemas e “nós-críticos”, ajuda na compreensão entre fatos e forças que provocam problemas, considerados pelos atores envolvidos. Percepção de uma distância entre a realidade e uma situação desejada. E o enfrentamento dos “nós-críticos” delineia o possível desenho estratégico de ação.

Na Educação Permanente em Saúde, é importante definir os nós-críticos a partir de consensos ou acordos, construídos em espaços coletivos. A identificação de nós-críticos é muito importante para priorizar problemas que serão objetos de ações educativas, pois sempre há muitos problemas que poderiam ser abordados, segundo os diferentes interesses e posições dos atores envolvidos.

(BRASIL <sup>(3)</sup>2005, p.39)

O trabalho em rede de co-gestão de coletivos compreende o diálogo, trabalho em equipe e cria espaço de poder compartilhado através da construção de compromisso e responsabilidade dos atores envolvidos.

No texto da unidade de aprendizagem – práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde apresenta que o trabalho em rede de co-gestão de coletivos:

Proporciona o confronto de idéias, o diálogo cognitivo, pois possibilita o conhecimento/reconhecimento das diferentes abordagens utilizadas na atividade cotidiana, aumentando as possibilidades de

compreensão solidária intelectual e de valores do trabalho, que são produto da história vivida pelos trabalhadores em ato.

Ou seja, essa é a construção de um cenário em que é possível elaborar referências coletivas e compartilhadas para iluminar e redefinir os processos de trabalho.

(BRASIL<sup>(3)</sup>2005, p.42)

Desta forma há possibilidade de ocorrer à aprendizagem no trabalho. A socialização da informação e a comunicação são os elementos fundamentais da democracia na organização do trabalho em saúde.

## 2.6. AMBIENTE ORGANIZACIONAL

O Século XX trouxe mudanças e transformações que influenciaram as organizações, pode-se vislumbrar durante este século três eras organizacionais distintas: Era Industrial Clássica, Era Industrial Neoclássica e a Era da Informação.

Segundo CHIAVENATO, a Era Industrial Clássica:

É o período logo após a revolução Industrial e se estendeu até meados de 1950 envolvendo a primeira metade do século XX. Sua maior característica foi a intensificação do fenômeno da industrialização em amplitude mundial e o surgimento dos países desenvolvidos ou industrializados... As organizações passaram a adotar a estrutura organizacional burocrática, caracterizada pelo formato piramidal e centralizador, com ênfase na centralização das decisões no topo hierarquia e o estabelecimento de regras e regulamentos internos para disciplinar e padronizar o comportamento das pessoas.

(CHIAVENATO, 2004, p.34)

Percebe-se que a capacidade para mudança e inovação não predominava na cultura organizacional deste contexto.

Era da Industrialização Neoclássica de acordo com CHIAVENATO:

É o período que se estende entre as décadas de 1950 a 1990. Teve início após a Segunda Guerra Mundial, quando o mundo começou a mudar mais rápida e intensamente. A velocidade da mudança aumentou progressivamente... O velho modelo burocrático e funcional, centralizador e piramidal utilizado para formatar as estruturas organizacionais tornou-se rígido demais acompanhar mudanças e transformações do ambiente.

(CHIAVENATO, 2004, p.36)

Desta forma, promoveram-se melhorias organizacionais, mas não o suficiente para remover a rigidez da burocracia.

Era da Informação é apresentada por CHIAVENATO:

É o período que começou no início da década 1990. É a época em que estamos vivendo atualmente. A principal característica dessa nova era são as mudanças, que se tornam rápidas, imprevistas, turbulentas e inesperadas. A tecnologia da informação-integrando a televisão, o telefone e o computador - trouxe desdobramentos imprevisíveis e transformou o mundo em uma verdadeira aldeia global... E. uma época em que todos dispõem da informação em tempo real, são mais bem sucedidas as organizações capazes de tomar a informação e transformá-la rapidamente em uma oportunidade de novo produto ou serviço, antes que outras ou façam.  
(CHIAVENATO, 2004, p.37)

Baseando-se neste contexto, o capital financeiro deixou de ser o recurso mais importante, cedendo lugar para o conhecimento. Sendo a vez do conhecimento, do capital humano e do capital intelectual, o conhecimento torna-se básico, e o desafio passa a ser a produtividade do conhecimento e da inovação.

Nesta era de acelerada transformações vivencia-se o impacto destas mudanças na área econômica, tecnológica, social, cultural, legal, política que não ocorrem de forma isolada em um setor, mas sim de forma conjugada e sistêmica.

### 2.6.1. Concepção de Ambiente Organizacional

De acordo com TARAPANOFF (2001, p.67) “ambiente é vasto, complexo, e envolve toda organização, ele pode ser analisado em dois segmentos: o ambiente geral e o ambiente – tarefa”.

TARAPANOFF apresenta a conceituação de ambos os segmentos:

O ambiente geral é o macroambiente, o qual é genérico e comum a todas as organizações, afetando-as, assim, direta ou indiretamente. Esse ambiente é constituído de condições semelhantes a todas as organizações, forma um campo dinâmico de forças que interagem entre si e apresenta um efeito sistêmico. As principais condições são as seguintes: tecnológicas, legais, políticas, econômicas, demográficas, ecológicas, sociais e culturais.

O ambiente-tarefa é aquele mais próximo e imediato de cada organização. É o segmento do ambiente geral do qual uma determinada organização extrai as suas entradas e deposita as suas saídas, e é o ambiente de operações de cada organização. Esse ambiente é constituído por fornecedores, clientes ou usuários, concorrentes e entidades reguladoras (órgãos governamentais, sindicatos e associação de classes).

(TARAPANOFF, 2001, p.67)

Desta forma percebe-se que uma organização não está isolada e solta, mas está vinculada ao ambiente externo que o influencia e regula o seu ambiente interno.

Sendo esses ambientes suscetíveis, podendo ser favorável ou desfavorável à organização. Tendo em vista, este aspecto a instituição deve procurar aproveitar as influências positivas do ambiente, e quanto às influências negativas pode suprimir ou adaptar-se a elas.

Esses ambientes são dinâmicos e propensos a mudanças, sendo assim no contexto destes espaços pode haver em determinadas situações restrições, problemas e oportunidades. Podem ser complexos ou não complexos, rotineiros ou não rotineiros.

No contexto desses ambientes encontram-se as pessoas, as organizações funcionam através das pessoas que dela fazem parte.

## 2.6.2. Ambiente Organizacional e sua Conexão com as Pessoas

Está situado no contexto dos estilos gerenciais às pessoas e organizações, e as organizações estão alterando suas práticas gerenciais. Estão se mobilizando para gerenciar com pessoas. Desta forma as pessoas passam a constituir o elemento básico para alavancar o sucesso.

A gestão de pessoas é uma área muito sensível à mentalidade que predomina nas organizações. Ela é contingencial e situacional, pois depende de vários aspectos, como cultura que existe em cada organização, da estrutura organizacional adotada, das características do contexto ambiental, do negócio da organização, da tecnologia



utilizada dos processos internos e de uma infinidade de outras variáveis importante.

(CHIAVENATO, 2004, p.6)

Existe uma simbiose entre organização e pessoas a ambas estão interligadas para consecução de seus objetivos. Os objetivos de cada uma das partes é alcançado, através do trabalho, e nesta visão de gestão trabalho que se estabelece o crescimento das pessoas para atingir seus objetivos pessoais e individuais e o crescimento da organização para produzir seus bens e serviços.

#### Segundo CHIAVENATO:

As pessoas devem ser visualizadas como parceiras das organizações. Como tais, elas são fornecedoras de conhecimento, habilidades, competências e, sobretudo, o mais importante aporte para as organizações: a inteligência que proporciona decisões racionais e que imprime significado e rumo aos objetivos globais. a inteligência que proporciona decisões e imprime significado e rumo às organizações.

(CHIAVENATO, 2004, p.8)

Assim, a gestão de pessoas se baseia em três aspectos fundamentais:

*1.As pessoas como seres humanos:* dotados de personalidade própria, profundamente diferente entre si, com uma história particular e diferenciada, possuidores de conhecimentos, habilidades, destrezas e capacidades indispensáveis à adequada gestão dos recursos organizacionais. Pessoas como pessoas e não meros recursos da organização.

*2.As pessoas como ativadores inteligentes de recursos organizacionais:* como elementos impulsionadores da organização e capazes de dotá-la de inteligência, talento e aprendizados indispensáveis à sua constante renovação e competitividade em um mundo de mudanças e desafios.

*3.As pessoas como parceiras da organização:* capazes de conduzi-la à excelência e ao sucesso. Como parceiros, as pessoas fazem investimentos na organização – como esforço, dedicação, responsabilidade, comprometimento, risco, etc. – na expectativa de colher retornos desses investimentos – como salários, incentivos financeiros, crescimento profissional, carreira, etc.

(CHIAVENATO, 2004, p.9)

A gestão de pessoas refere-se à colaboração eficaz das pessoas, existem denominações como: talento humano, capital humano, capital intelectual ou colaborador que exprimem essa concepção.

### 2.6.3. Capital Humano dentro da Organização

Para se chegar à definição de capital humano torna-se necessário compreender o talento humano.

O talento humano envolve três aspectos conforme o explicitado no quadro:

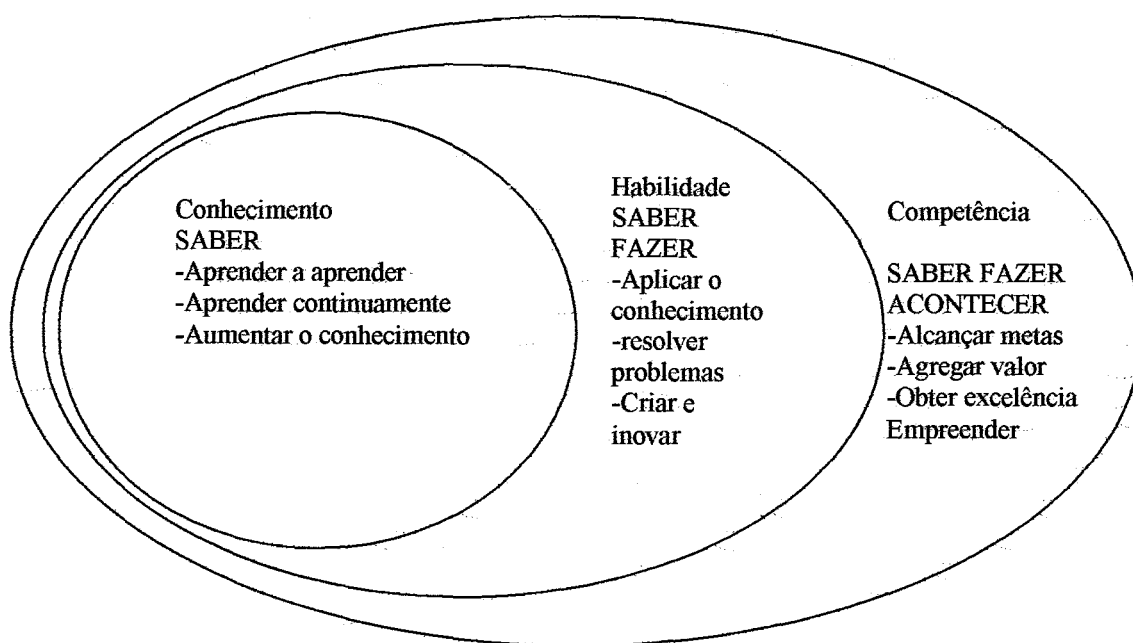


Figura -3. A Constituição do Talento Humano. Fonte: CHIAVENATO (2004, p.54)

Segundo CHIAVENATO (2004, p.54) “o conceito de talento humano conduz necessariamente ao conceito de capital humano – o patrimônio inestimável que uma organização pode reunir para alcançar competitividade e sucesso”.

CHIAVENATO apresenta que capital humano é composto de dois aspectos principais:

- 1.Talentos.Dotados de conhecimentos,habilidades e competências que são constantemente reforçados, atualizados e recompensados.
- 2.Contexto. É o ambiente interno adequado para que os talentos floresçam e cresçam. Sem esse contexto, os talentos murcham ou fenecem. O contexto é determinado por aspectos como:
  - a.Desenho organizacional flexível, com uma divisão de trabalho que coordene as pessoas e o fluxo dos processos e atividades de maneira integrada.
  - b.Cultura organizacional democrática e participativa que inspire confiança, comprometimento, satisfação, espírito de equipe e solidariedade;

c. Estilo de gestão baseado na liderança renovadora e no coaching, com descentralização do poder, delegação e *empowerment*.  
(CHIAVENATO 2004, p.54)

A estrutura organizacional está impondo um novo e diferente padrão de comportamento das pessoas, de acordo com CHIAVENATO (2004, p.363) “as organizações orgânicas estão impondo um novo e diferente padrão de comportamento das pessoas: um comportamento criativo e inovador”.

CHIAVENATO (2004, p.364) apresenta a seguinte referência “criatividade significa a aplicação da engenhosidade e imaginação para proporcionar uma nova idéia, uma diferente abordagem ou uma nova solução para o problema”.

Sendo a criatividade desta forma base de uma nova mudança construtiva e tendo a inovação como aspecto importante.

#### 2.6.4. Ambiente Organizacional e Inovação

Segundo NONAKA E TAKEUCHI (1997, p.10) “a essência da inovação é recriar o mundo de acordo com uma perspectiva específica ou ideal”.

CHIAVENATO (2004, p.364) apresenta “inovação é o processo de criar novas idéias e coloca-las em prática. É o ato de convergir novas idéias para aplicações concretas na situação. Nas organizações, essas aplicações concretas podem ocorrer em duas formas: inovação de processos, com a criação de novas maneiras de fazer as coisas; e inovação de produtos, que resulta na criação de produtos ou serviços novos ou melhorados”.

Para que criatividade e inovação aconteçam e sejam despertadas, percebe-se a necessidade de um vínculo com aprendizagem, ou seja, que a capacidade dos indivíduos e instituições de aprender sendo valorizada no ambiente organizacional

buscando transformar este aprendizado como forma de aprimoramento de suas ações e produtos.

Segundo FLEURY & FLEURY baseando-se em Peter Senge:

As organizações devem desenvolver cinco disciplinas fundamentais para o processo de inovação e aprendizagem:

1. Domínio pessoal – através do auto-conhecimento, as pessoas aprendem a conhecer os seus próprios objetivos;
2. Modelos mentais – são idéias que influenciam como as pessoas vêem o mundo e suas atitudes;
3. Visão partilhada – quando o objetivo é percebido como concreto as pessoas e aprendem construindo visão partilhada;
4. Aprendizagem em grupo – aprendizagem em grupo começa com diálogo, ou seja, os membros do grupo propõem suas idéias e participam da elaboração comum.
5. Pensamento sistêmico – integra as demais, num conjunto de teoria e prática que visa melhorar o processo de aprendizagem como um todo.

(FLEURY, 1997, p.21)

NONAKA E TAKEUCHI (1997, p.61) abordam a inovação nas organizações:

“Quando as organizações inovam, elas não só processam informações, de fora para de dentro, com o intuito de resolver os problemas existentes e se adaptar ao ambiente em transformação. Elas criam novos conhecimentos e informações, de dentro para fora, a fim de redefinir tanto os problemas quanto as soluções e nesse processo recriar o seu meio”.

## 2.7. CONHECIMENTO E SUA INTERFACE COM APRENDIZAGEM

O conhecimento é inerente ao ser humano, pois desde seu nascimento ele está em constante processo de aprender.

Aprendizagem refere-se a um processo de mudança, que pode ser observável e mensurável que ocorre dentro do organismo da pessoa.

FLEURY & FLEURY destaca duas vertentes teóricas que embasam os principais modelos de aprendizagem:

O *modelo behaviorista* – que o foco principal é o comportamento, pois este é observável e mensurável; partindo do princípio que análise do comportamento implica o estudo das relações entre eventos estimuladores, respostas, conseqüências, planejar o processo de aprendizagem implica definir todo o processo, em termos passíveis de observação, mensuração e réplica científica.

O *modelo cognitivo* – mais abrangente do que behaviorista, explicando melhor fenômenos mais complexos, como a aprendizagem de conceitos e soluções de problemas. Procura utilizar dados objetivos, comportamentais e dados subjetivos; leva em consideração as crenças e percepções dos indivíduos que influenciam seu processo de apreensão da realidade.

(FLEURY & FLEURY, 1997, p.20)

O modelo behaviorista refere-se ao estudo da relação entre estímulo – resposta, já o modelo cognitivo considera as crenças e percepções no processo de aprendizagem.

O processo de aprendizagem organizacional não envolve somente a compreensão do que ocorre no ambiente interno e externo, mas sim em capacidade de criar, adquirir e transferir conhecimento e modificar seus comportamentos para refletir o novo conhecimento.

O processo de aprendizagem da organização compõe a base para a criação do conhecimento organizacional. NONAKA E TAKEUCHI (1997, p.1) “por criação do conhecimento organizacional entendemos a capacidade de uma empresa de criar novo conhecimento, difundi-lo na organização como um todo e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas”.

De acordo com NONAKA E TAKEUCHI (1997, p.82) “a criação do conhecimento organizacional é um processo em espiral, que começa no nível individual e vai subindo, ampliando comunidades de interação que cruzam fronteiras entre seções, departamentos, divisões e organizações”.

A melhor maneira de representar a criação do conhecimento organizacional se apresenta sob forma de espiral, visto que representa a interação que ocorre repetidamente, e em níveis: indivíduo, grupo e organização. A principal dinâmica da

criação do conhecimento organizacional refere-se à interação entre dois tipos de conhecimento: o conhecimento explícito e o conhecimento tácito.

### 2.7.1. Conhecimento Explícito e Conhecimento Tácito

#### Segundo NONAKA E TAKEUCHI:

O conhecimento explícito pode ser expresso por palavras e números e facilmente comunicado e compartilhado sob forma de dados brutos, fórmulas científicas, procedimentos codificados ou princípios universais. (...)

O conhecimento tácito é altamente pessoal e difícil de formalizar, (...) além disso, o conhecimento tácito está profundamente enraizado nas ações e experiências de um indivíduo, bem como em suas emoções, valores ou idéias.

O conhecimento tácito pode ser segmentado em duas dimensões:

Dimensão técnica – que abrange um tipo de capacidade informal e difícil de definir ou habilidades capturadas no termo “Know-how”;

Dimensão cognitiva – consistem em esquemas, modelos mentais, crenças e percepções tão arraigadas que os tomamos como certo. Reflete a imagem da realidade (o que é) e a visão de futuro (o que deveria ser).

(NONAKA E TAKEUCHI, 1997, p.7)

A percepção da importância do conhecimento tácito numa organização confere um diferencial à instituição, como a percepção de que a instituição não é uma máquina de processar informação, mas um organismo vivo, onde compartilhar a visão que a empresa tem o seu rumo e como colocar em prática é mais importante do que processar informações objetivas.

Segundo NONAKA E TAKEUCHI (1997, p.10) “a criação do conhecimento organizacional envolve tanto ideais quanto idéias. É o que serve de combustível para inovação”. Verifica-se que diante de crise e desafio pode-se romper com o passado e encontrar um novo espaço de oportunidade, representando uma abordagem positiva de mudança. Porém a criação do conhecimento não se refere somente a vinculação de aprender com o outro, mas a um processo de construção pessoal e de interação com os outros.

Desta forma, compreende-se que o conhecimento não se adquire, transmite e treina somente através de manuais, livros ou conferências, mas deve-se prestar mais atenção aos *insights*, intuições e palpites altamente subjetivos, ou seja, conhecimento tácito.

### 2.7.2. Conversão do Conhecimento

A interação entre o conhecimento tácito e explícito se denomina conversão do conhecimento, essa conversão trata-se de um processo social entre indivíduos e não restrita dentro do indivíduo.

Esse pressuposto de interação permite postular quatro modos de conversão do conhecimento.

	Conhecimento tácito	em	conhecimento explícito
Conhecimento Tácito	SOCIALIZAÇÃO		EXTERNALIZAÇÃO
Do			
Conhecimento Explícito	INTERNALIZAÇÃO		COMBINAÇÃO

Figura - 4. Quadro Modos de Conversão do Conhecimento.  
Fonte: NONAKA e TAKEUCHI (1997, p.69)

Socialização, externalização, combinação e internalização são os tipos de conversão do conhecimento que foram tratados sob várias perspectivas na teoria organizacional.

De acordo com NONAKA e TAKEUCHI (1997, p.69) socialização é “um processo de compartilhamento de experiências e, a partir daí, da criação do

conhecimento tácito, como modelos mentais ou habilidades técnicas compartilhadas”.

Externalização segundo NONAKA e TAKEUCHI (1997, p.71) “é um processo de articulação do conhecimento tácito em conceitos explícitos. É um processo de criação do conhecimento perfeito, na medida em que o conhecimento tácito se torna explícito, expresso na forma de metáforas, analogias, conceitos, hipóteses ou modelos”.

**NONAKA e TAKEUCHI definem combinação:**

É um processo de sistematização de conceitos em um sistema de conhecimento. Esse modo de conversão do conhecimento envolve a combinação de conjuntos diferentes de conhecimento explícito. Os indivíduos trocam e combinam conhecimentos através de meios de documentos, reuniões, conversas ao telefone ou redes de comunicação computadorizadas.

(NONAKA e TAKEUCHI, 1997, p.75)

Internalização segundo NONAKA e TAKEUCHI (1997, p.77) “é o processo de incorporação do conhecimento explícito no conhecimento tácito. É intimamente relacionada ao “aprender-fazendo””.

**NONAKA E TAKEUCHI enfatizam que:**

(...) a criação do conhecimento organizacional é um processo espiral, começa no nível individual e vai subindo ampliando comunidade de interação que cruzam fronteiras entre seções, departamentos, divisões e organizações.

(NONAKA E TAKEUCHI, 1997, p.82)

Sendo a interação contínua e dinâmica entre conhecimento tácito e o conhecimento explícito e moldado pelas mudanças entre diferentes modos de conversão do conhecimento.

A criação do conhecimento organizacional estabelece um processo interminável que se atualiza continuamente.



### 2.7.3. Aprendizagem Organizacional

De acordo com FLEURY & FLEURY (1997, p.21) que recorre a Peter Senge para comentar “que o ser humano vem ao mundo motivado a aprender, explorar e experimentar. Infelizmente, a maioria das instituições em nossa sociedade é orientada mais para controlar do que para aprender, recompensando o desempenho das pessoas em função de obediência a padrões estabelecidos e não por seu desejo de aprender”. Estar inserido numa organização que aprende trata-se de estar num contexto de mudança, constante na sociedade atual e ir além da mudança se constitui em ser criativo e produtivo.

O foco inicial da aprendizagem organizacional fixa-se no indivíduo, seguindo para o grupo até chegar ao raciocínio sistêmico que caracteriza a organização.

FLEURY & FLEURY baseando-se nos trabalhos de Schein apresenta cinco pontos que se referem aos valores básicos que formam os paradigmas de uma organização:

- 1.A relação da organização com o ambiente: é de dominação, de submissão, ou é de harmonia?
- 2.A natureza da realidade e de verdade: como a organização define o que é real e o que não é se “a verdade da organização” é revelada pelos líderes ou descoberta, quais os conceitos básicos de tempo e espaço.
- 3.A natureza humana; é a natureza humana boa, ou má, ou neutra, são as pessoas passíveis de serem desenvolvidas, ou não?
- 4.A natureza do trabalho: qual o significado do trabalho para as pessoas? Devem ser ativos, passivos, se autodesenvolverem, ou serem fatalistas?
- 5.As relações humanas: quais as formas de interação entre as pessoas, como se distribui o poder? É a vida cooperativa ou competitiva, individualista, ou cooperativa?

(FLEURY & FLEURY, 1997, p.24)

A compreensão de todos esses fatores reflete-se em fundamento para reflexão de como acontece o processo de aprendizagem na organização.

FLEURY & FLEURY (1997, p.27) destaca que “compreender as formas de interação, as relações de poder no interior das organizações e sua expressão ou mascaramento através de símbolos e práticas organizacionais é fundamental para discussão de como acontece o processo de aprendizagem na organização”.

Também influi neste processo de aprendizagem da organização, o processo de inovação a busca permanente de capacitação e qualificação das pessoas, a comunicação deve fluir entre as pessoas, visto que o processo de aprendizagem estabelece-se no âmbito coletivo, deve ser compartilhado por todos e os objetivos devem ser explicitados.

### 3. METODOLOGIA

Ao se avançar num curso de pós-graduação chega-se a etapa do trabalho de conclusão de curso, momento que culmina com atividade de pesquisa. Pesquisar se traduz em uma ocasião privilegiada, pois alia o pensamento e ação no esforço de elaborar o conhecimento de determinada realidade aliada à literatura pertinente ao assunto que poderá servir para contribuição e solução ao problema levantado.

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Para consecução do estudo que se propõe este trabalho foi realizada, uma pesquisa descritiva. A pesquisa descritiva segundo GIL (1991, p.45) “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis”.

A partir dos objetivos propostos o presente trabalho compreende os seguintes momentos: Levantamento teórico a respeito do contexto da área de saúde - SUS e estratégia de gestão que incluem o conhecimento e aprendizagem como ferramentas essenciais; Elaboração do instrumento de coleta de dados; Pesquisa de campo/Estudo de caso no Hospital Regional da Lapa São Sebastião (HRLSS); Análise dos dados coletados com base na literatura; Conclusão.

#### 3.2. AMBIENTE DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no HRLSS por ser uma unidade hospitalar da rede do SUS, e motivada pelo princípio de desenvolvimento local apresentado por AKERMAN:

Desenvolvimento local no âmbito da formulação de políticas públicas, no qual o local se expressa como um território vivo de interações. É onde fluem vidas em suas múltiplas interações social, cultural, amorosa, espiritual, intelectual, política, econômica, etc. que se manifestam e se constroem na cidadania, e que buscam a coesão social em um campo impregnado de conflitos e interesses diversos.  
(AKERMAN, 2005 p.22)

O serviço de saúde trata-se de um espaço complexo e vivo permeado de interações e que engloba vários atores profissionais de saúde – usuários e gestor, desta forma a socialização do conhecimento e aprendizagem está presente nas rotinas e nas práticas privadas de cada trabalhador, embora muitas vezes ocorra implicitamente e nem sempre incluído num processo de gestão de coletivos.

### 3.3. COLETA DE DADOS E POPULAÇÃO

A coleta de dados foi efetivada através do anexo I, adaptado, com base no autor TERRA (2001), tendo como premissa básica abranger o maior número de funcionários que compõe o hospital - HRLSS. Do universo composto pelos 347 profissionais integrantes da instituição, cuja amostra deste estudo abrange 160 trabalhadores em saúde dentro as diversas categorias profissionais. A finalidade do questionário é obter informações junto aos participantes sobre: cultura organizacional, informação, compartilhamento de conhecimento e processo de aprendizagem.

Tendo em vista obter a solicitude dos profissionais para o preenchimento do questionário, o mesmo inicia com breve introdução que esclarece a finalidade da pesquisa. A série de perguntas é constituída por seis questões, sendo três compostas por afirmativas que solicitam ao participante que atribua sua resposta, com base numa escala de concordância (concordo, concordo parcialmente, discordo). Duas questões solicitam que o participante indique através de uma escala

de valor de 1 a 6, qual sua percepção sendo o nº. 1 para o grau de maior importância e uma questão de assinalar somente uma alternativa que indique os envolvidos no trabalho em saúde.

Outro aspecto da coleta de dados foi à observação realizada durante aplicação do questionário.

Tendo como premissa que o ambiente hospitalar é dinâmico e não para de funcionar. Inicialmente foi feito contato com os responsáveis pelos setores que compõe o HRLSS para definir o melhor horário para aplicação deste instrumento.

A partir de um consenso entre pesquisador e os responsáveis dos setores, fez-se opção pela aplicação do questionário na sala de reunião clínica e no período da tarde, tendo em vista que este período a rotina hospitalar não é tão intensa.

Para equipe de enfermagem que foi aplicado o questionário durante a reunião mensal deste setor, foi utilizado este momento porque nestas reuniões se fazem presente os plantonistas da noite.

### 3.4. SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Encerrando-se a fase de coleta de dados, inicia-se a sistematização e análise. De acordo com GIL (1991, p.166) “análise tem como objetivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação”.

Utilizou-se da tabulação para contar às respostas que compõem a amostra, referente a cada um dos itens abordados no questionário. Para tabulação e confecção dos gráficos usou-se o Excel – Microsoft.

Nas questões de escala de valor para sistematização dos dados dos atribuída uma nota para cada valor conforme tabela abaixo:

Valor	Nota
1	10
2	9
3	8
4	7
5	6
6	5

Depois foi feito somatório dos resultados de cada item e calculada a média para se chegar ao resultado final.

A análise dos dados, obtidos na tabulação foi feita com base na interpretação destes e sua ligação com o levantamento teórico e observação do pesquisador durante a realização da coleta de dados.

## 4. ESTUDO DE CASO – HOSPITAL REGIONAL DA LAPA SÃO SEBASTIÃO

O estudo de caso inicia-se pelo levantamento histórico do hospital, estrutura e o levantamento de informações obtidas através do questionário junto aos profissionais. Desta forma planeja-se apresentar uma visão da realidade hospitalar.

### 4.1. HISTÓRICO DO HRLSS

O sanatório São Sebastião foi o primeiro hospital construído no Brasil com dinheiro dos cofres públicos destinado ao tratamento da tuberculose, foi inaugurado no dia 30 de outubro de 1927, com 150 leitos.

Construído na cidade da Lapa, na encosta da montanha e envolto numa paisagem de exuberante beleza. O local escolhido para sua construção no século passado sediara a Fazenda Virmond. O edifício central do sanatório era a antiga “casa grande” da fazenda, serviu também de abrigo aos primeiros imigrantes italianos na Lapa. Foram estes imigrantes que assentando pedra sobre pedra, concretizaram o sonho idealizado pelo Governador Caetano Munhoz da Rocha de dotar o Paraná de um estabelecimento modelo para o tratamento dos tísicos.

O Governador Caetano Munhoz da Rocha foi um estadista de larga visão sobre os negócios públicos, salvaguardando sempre os interesses dos coletivos, conhecedor profundo das necessidades sanitárias paranaense referendou sua capacidade realizadora a serviço desta causa, sendo pioneiro na luta para amenizar o sofrimento das vítimas da Peste Branca (Tuberculose).

O sanatório São Sebastião foi planejado e edificado com base nos moldes aperfeiçoados dos sanatórios suíços.

Na solenidade de inauguração o Governador Caetano Munhoz da Rocha, estava acompanhado pelo Secretário Geral do Estado Sr. Alcides Munhoz, Diretor Geral do Serviço Sanitário Dr. Victor Ferreira do Amaral, Prefeito de Curitiba Dr. Moreira Garcez, Arcebispo de Curitiba Dom João Braga, Diretor do Instituto Manguinhos Dr. Carlos Chagas, redator chefe da Gazeta do Povo Acir Guimarães, entre outras autoridades.

No início dos anos da década de 50 teve sua capacidade de leitos dobrada, chegando atender 80 crianças e 320 para adultos.

Na década de 80 teve uma redução para 200 leitos e mais tarde para 120 leitos.

A partir de 2000 é considerado ponto de referência para o tratamento de tuberculose multirresistente, onde a permanência do paciente no hospital é de aproximadamente um ano.

Em 2002, iniciam-se os estudos de unificação dos dois hospitais localizados na cidade da Lapa, Hospital São Sebastião com o Hospital Hipólito Amélia Alves da Araújo, surgindo neste processo o Hospital Regional da Lapa São Sebastião.

Com este advento iniciam-se os investimentos em readequação da estrutura física e equipamentos para tornar o Sanatório num modelo de hospital regional.

No mês de julho de 2005 ocorre a unificação de fato e todos os profissionais passam a fazer parte de um único quadro de recursos humanos e trabalhar em num único hospital.



Em 30 de junho de 2006 acontece a inauguração da clínica médica totalmente reformada disponibilizando 40 leitos e 02 isolamentos. Esta ala no ato de inauguração recebe a denominação de Hipólito e Amélia Alves de Araújo.

Fato este que representa uma homenagem ao hospital que foi desativado e unificado ao HRLSS, registrando que o Hospital Regional da Lapa São Sebastião amplia sua área de atendimento incorporando no rol de suas clínicas, o atendimento da clínica médica que anteriormente só havia no Hospital Hipólito e Amélia Alves de Araújo, situado no centro do município da Lapa.

#### 4.1.1. Estrutura

O HRLSS está situado às margens da rodovia do Xisto Km 194, distante 65 KM de Curitiba com uma área de terra total de 925.044 m<sup>2</sup>. (38,54 alqueires), área construída 6.910 m<sup>2</sup>.

O hospital é classificado como um hospital de médio porte, por ter capacidade instalada de 51 a 150 leitos, regional porque presta assistência à população de uma determinada região. Vinculado a 2º regional de saúde que compreende Curitiba e os municípios da região metropolitana. Também se caracteriza como hospital de referência por prestar assistência na área de fisiologia.

Em 2007, o HRLSS oferece a população da Lapa e região 134 leitos de infectologia distribuídos em ala feminina e masculina, clínica médica 44 leitos, clínica pediátrica 15 leitos e clínica cirúrgica 06 leitos e 11 leitos de emergência.

No HRLSS desenvolvem atividades laborais 347 profissionais.

## 4.2. LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES NO HOSPITAL

A apresentação dos dados coletados seguirá a mesma padronização do questionário. Iniciando-se pelos aspectos de identificação para melhor visualização dos componentes desta amostra.

### 4.2.1. Dados de Identificação Determinando

#### a) Profissão e Tempo de Atuação

Inicia-se este estudo com a caracterização de quem são os profissionais que compõem o trabalho em saúde no HRLSS.

No aspecto profissão para apresentar os resultados foi utilizada a padronização da Figura - 4. Esquema do Processo de Trabalho no Hospital de MACHADO e CORREA (1992, p.162), entretanto no esquema do referido autor não contempla às funções administrativas, que foram neste estudo incorporadas por entender que todos são os envolvidos no trabalho em saúde e que estes profissionais também fazem parte do processo de trabalho no hospital. E pela finalidade deste estudo a percepção de todos os envolvidos é significativa e contribuem para melhor visualização dos dados, amenizando desta forma a fragmentação dos dados obtidos somente em algumas categorias profissionais.

O administrativo compreende os seguintes setores: Direção, recursos humanos, tesouraria, faturamento, almoxarifado, patrimônio, recepção e telefonista, marcação de consultas e exames, e o SAME (Serviço Arquivo Médico Estatístico).

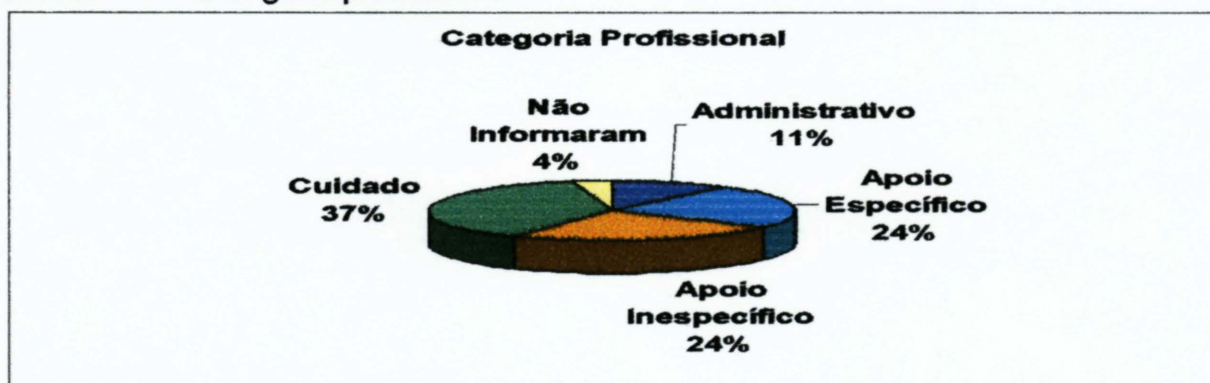
Apoio específico compreende os setores: fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, laboratório e transporte.

Apoio inespecífico compreende os setores: serviços gerais, manutenção, rouparia, costura e jardinagem.

Cuidado abrange médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Nesta amostra encontram-se profissionais que não informam sua profissão, o que pode caracterizar que quiseram manter-se no anonimato por receio de identificação ou por realizarem primeiramente a leitura do questionário, e depois durante o preenchimento desprezarem este dado. Conforme demonstra gráfico abaixo:

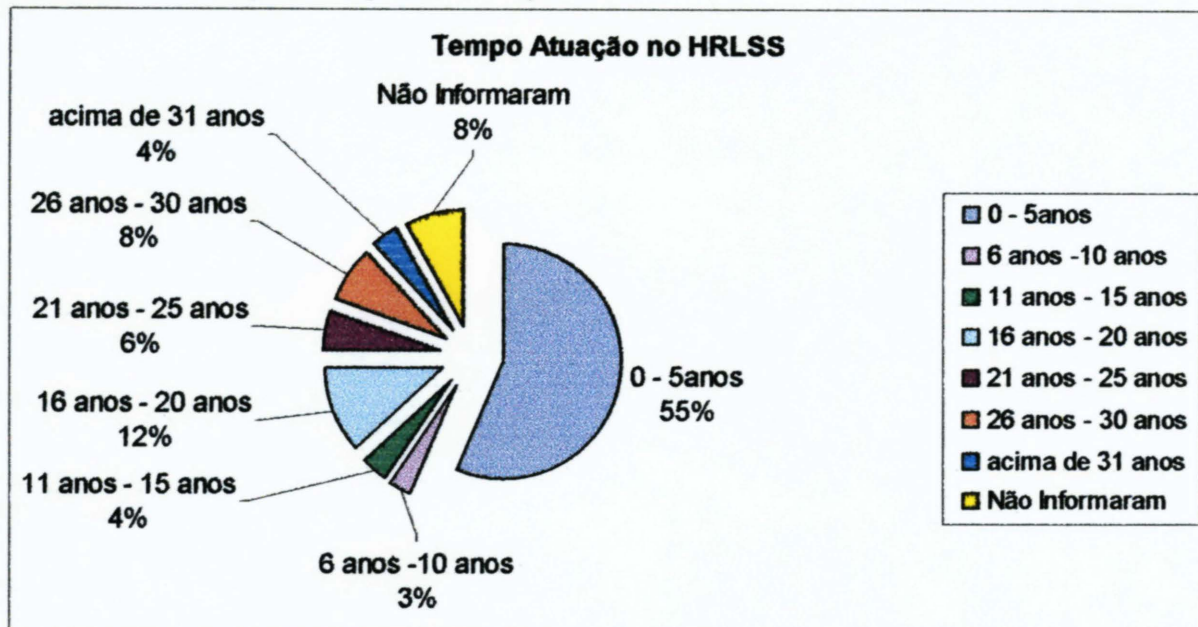
Gráfico – 1 - Categoria profissional



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007

No item tempo de atuação cabe ressaltar, que os profissionais preencheram somente o tempo que atuam no HRLSS, os profissionais que trabalhavam no hospital Hipólito e Amélia Alves de Araújo e que com o processo de unificação vieram a ser lotados no HRLSS, consideraram somente o tempo de atuação no HRLSS, e não o tempo de atuação no exercício da profissão. Também no ano de 2006 foi realizado um processo seletivo simplificado para preenchimento de vagas. Estes dois fatores ampliam o número de funcionários com tempo atuação entre 0 - 5 anos, seguido pela faixa de funcionários com tempo de 16 – 20 anos, o gráfico também demonstra que funcionários com tempo para aposentadoria não é numeroso, conforme demonstra o gráfico:

Gráfico – 2 - Tempo Atuação no Hospital



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007

#### b) Faixa Etária

Nesta amostra encontra-se o maior percentual que corresponde à faixa etária de 41 a 50 anos, os percentuais obtidos na faixa de 20 a 30 anos e 31 a 40 anos são equivalentes, seguidos da faixa de 41 a 60 anos, e funcionários acima de 61 anos juntamente com os que não informaram representam o menor índice da amostra. Conforme demonstra o gráfico a seguir:

Gráfico – 3 - Faixa Etária dos Profissionais do HRLSS



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007

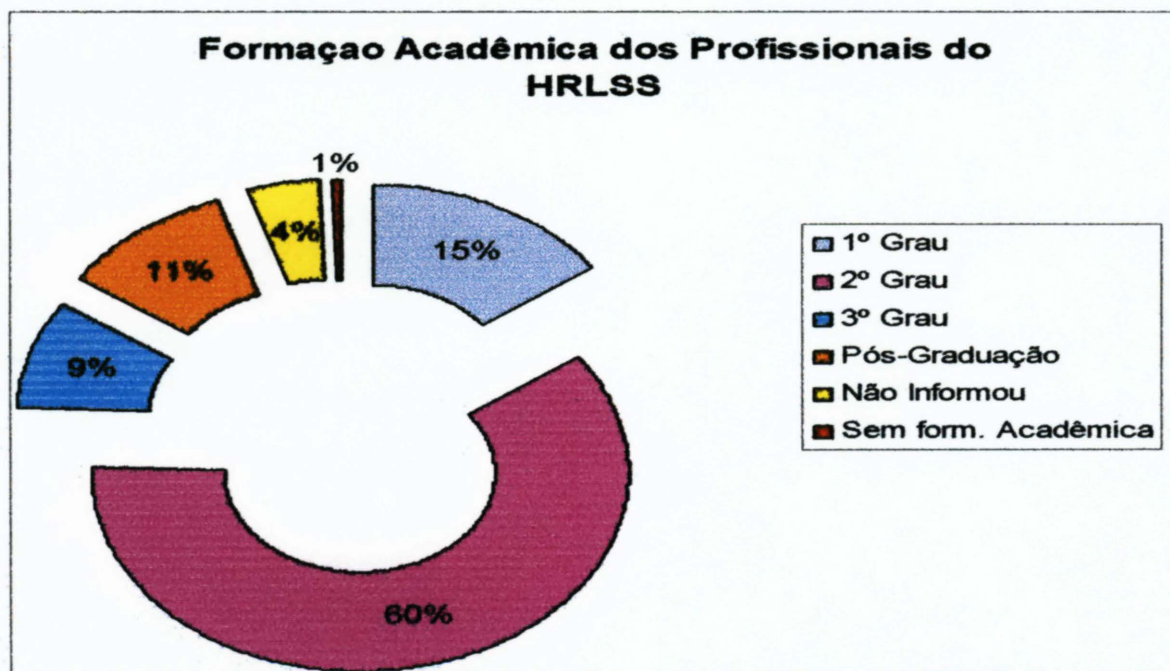


### c) Formação Acadêmica

Os dados referentes ao índice de escolaridade exprimem o processo de aprendizagem de cada indivíduo.

No HRLSS a concentração está na formação do 2º grau, seguido de profissionais com pós-graduação, entretanto os profissionais que possuem pós-graduação em alguns casos possuem na instituição cargo de nível médio, esse processo de procurar progredir na formação acadêmica sem a mesma ser fator preponderante para mudança de cargo é um fator positivo, pois percebe-se que os profissionais tem motivação para o estudo, buscando agregar mais conhecimento a sua escolaridade. O gráfico abaixo apresenta como está composta a formação acadêmica da amostra deste estudo:

Gráfico – 4 - Formação Acadêmica dos Profissionais do HRLSS



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007

#### d) Vínculo Empregatício

Conforme apresenta o gráfico 5, o HRLSS é composto por funcionários estatutários na sua maior proporção. No ano 2006 foi realizado através da Secretaria Estadual de Saúde um processo seletivo simplificado para o preenchimento de vagas, vínculo estabelecido com estes profissionais através do regime jurídico CLT com duração de um ano podendo ser prorrogado por mais um ano, até realização de um concurso público para suprir a demanda. Os funcionários terceirizados compreendem os setores de serviços gerais e vigilância.

Gráfico – 5 - Vínculo Empregatício



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007

#### 4.2.2. Cultura Organizacional

A cultura organizacional compreende as normas e valores da instituição e a interpretação destes dados ajuda a compreender a identidade e os espaços de trabalho da instituição que é revelada através da perspectiva dos seus profissionais.

A questão - 01 (gráfico 6), refere-se ao sentimento que o profissional tem em trabalhar na instituição, refere-se ao orgulho de trabalhar na instituição, obteve-se 50% de concordo, 38,13% de concordo parcialmente e 10,63% de discordo.

Na questão - 02 (gráfico 6), trata-se da organização do hospital e a preocupação dos profissionais com todo hospital e não apenas com o seu setor, o resultado obtido é, o maior percentual 43,13% encontra-se na opção concordo parcialmente, 30,00% concordo e 23,75% no discordo, demonstra que a visão sistêmica do hospital não é difundida entre os setores. Há uma fragmentação e os profissionais estão preocupados com o seu setor e não estão atentos a conexão entre os setores. Nesta questão o item não informou é mais significativo que nas outras questões, representando 3,13%.

A cultura organizacional voltada para inovação e criatividade é abordada nas questões - 03 e 05 (gráfico 6) .

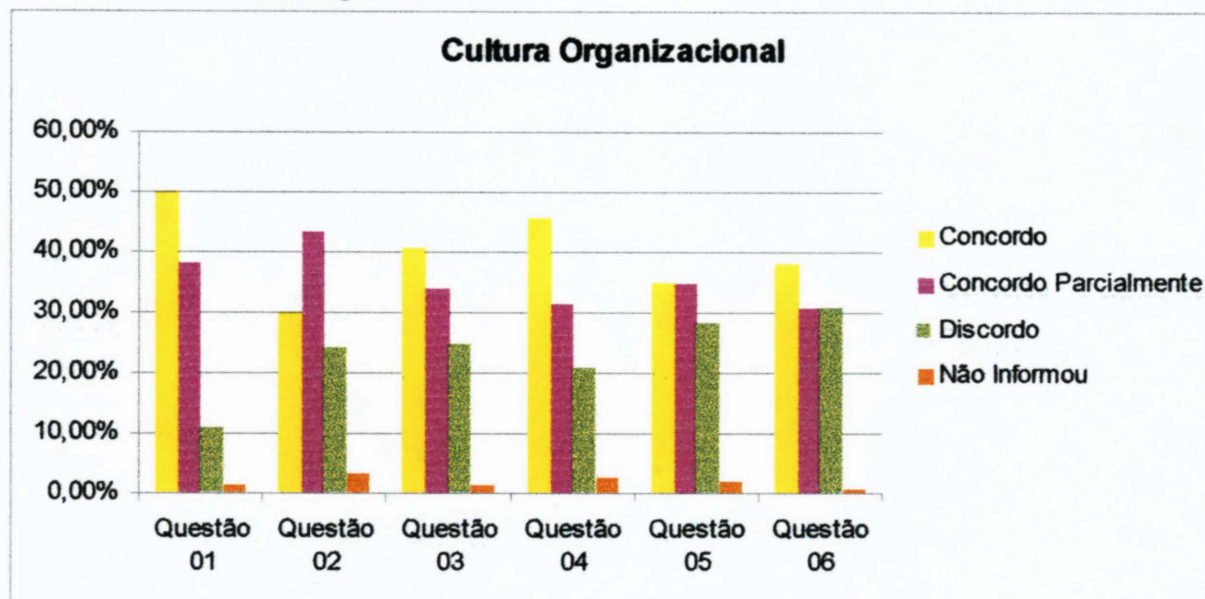
Na questão – 03 aborda, novas idéias são valorizadas para gerar mudança, os resultados são 40,63% concordam que 33,75% concordam parcialmente e 24,38% discordam. Evidenciam que os profissionais acreditam que novas idéias são valorizadas para gerar mudança.

Enquanto na questão – 05 que aborda, se inovação e criatividade são valorizadas na instituição, encontra-se no mesmo índice de 35,00% o concordo e concordo parcialmente e 28,13% de discordo. Os profissionais não compreendem este dado como norma e valor da instituição, isto devido à diferença (6,87%) entre os itens com o mesmo percentual e o discordo.



O tema central da questão - 04 (gráfico 6), é o planejamento como estratégia onde se obteve 45,63% de concordo, 31,25% de concordo parcialmente e 20,63% de discordo.

Gráfico – 6 - Cultura Organizacional



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007.

#### 4.2.3. Sistema de Informação

A este tópico estão relacionadas às perguntas - 02 e 03 do questionário. Este estudo aborda sistema de informação como a comunicação do conhecimento.

A pergunta - 02 compreende duas questões, a questão - 01 (gráfico 7), trata-se a instituição possui uma comunicação eficiente, o gráfico demonstra um elevado índice do concordo parcialmente 37,50% e o discordo com 31,88% , o concordo com 29,38% está abaixo de ambos, pode-se traduzir que na percepção dos componentes da amostra a comunicação na instituição não está eficiente. A instituição neste item apresenta uma dificuldade a ser analisada e superada.

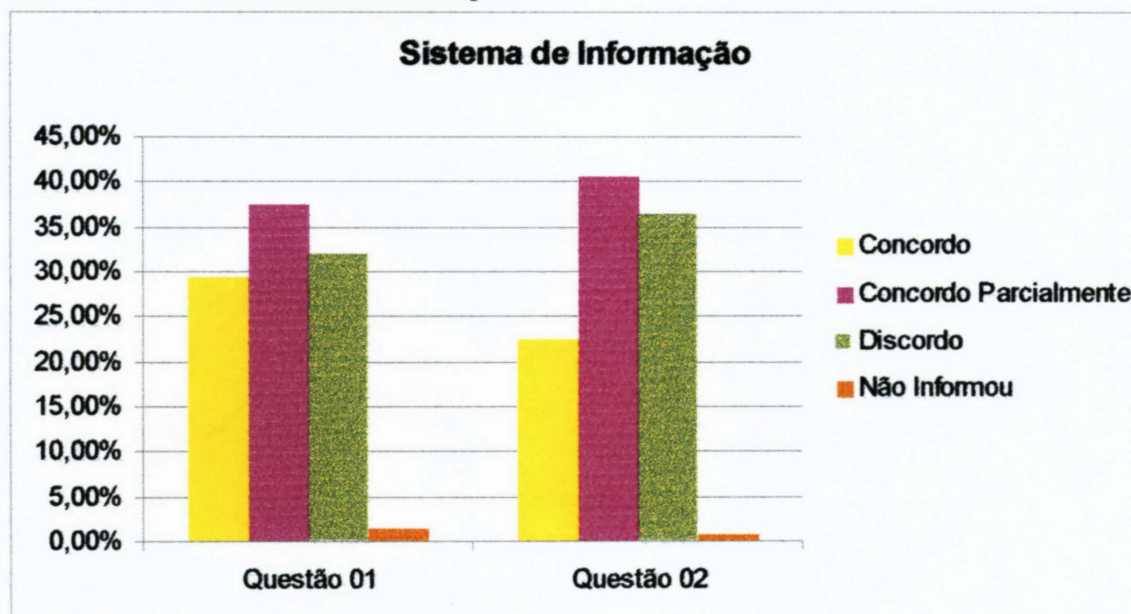
A abordagem da questão - 02(gráfico 07) se refere ao compartilhamento da informação, ou seja, amplo acesso por parte dos funcionários à informação e a sua



socialização. O gráfico exprime que na percepção dos funcionários o item concordo parcialmente com 40,63% e discordo com 36,25%, o item concordo com 22,50% está acentuadamente inferior ao índice mais elevado. Evidenciam que as informações não são compartilhadas e que não existe amplo acesso as informações pelos profissionais.

As questões - 01 e 02 representam que a instituição deverá definir estratégia para melhor gerenciar a informação, conforme representação do gráfico abaixo:

Gráfico – 7 - Sistema de Informação



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007

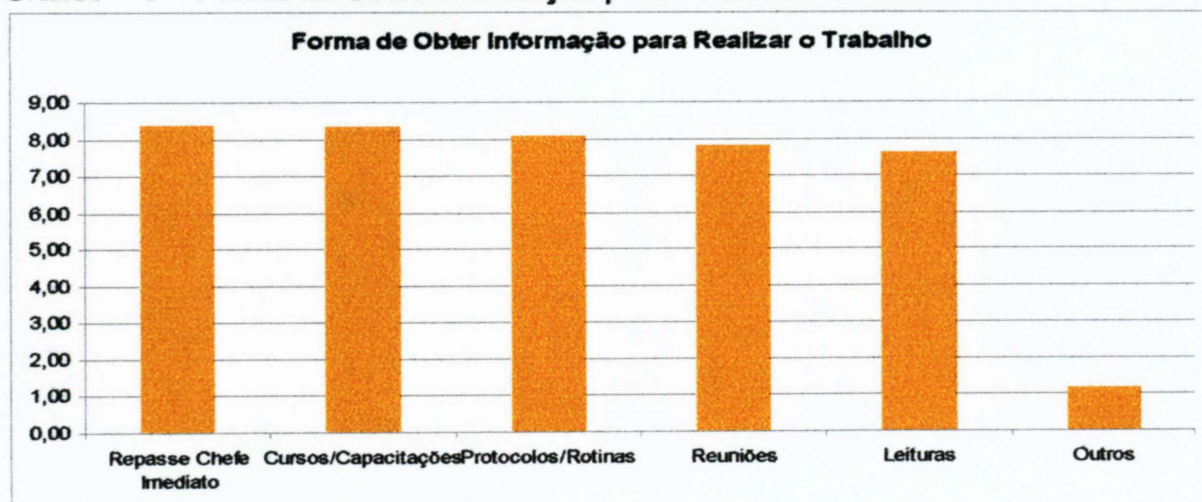
A pergunta - 03 (gráfico 8) faz referência à forma de obter a informação para o desenvolvimento das atividades profissionais. Nesta pergunta foi adotada escala de valor, devendo ser considerado o número 1 para o mais importante, diminuindo sucessivamente o grau de importância até o número 6. Para fim de tabulação nesta pergunta foi atribuída nota para cada valor, para o 1 corresponde 10, para 2 o 9, o 3 corresponde 8, 4 corresponde 7, o 5 equivale a nota 6, para o 6 nota 5.

Para se chegar ao resultado final foi efetuado o somatório dos pontos de cada opção apresentada e calculada a média.

Os itens que obtiveram maior média foi repasse do chefe imediato com 8,37. Curso/capacitação com 8,31. Seguido de protocolo/rotinas com média 8,0. Reunião com média 7,78. Leitura 7,5. O item outro obteve média 1,1, porém em poucos questionários houve a indicação de outra forma além das apresentadas. Este gráfico 8 demonstra que os profissionais tendem a esperar por realização de atividades como cursos/capacitações para obterem informações e aprimorem as suas atividades profissionais, ao invés de investir na busca de informações através de leituras.

Nesta questão, se sobressaem também às respostas ambíguas num total de 32 questionários que apresentaram as opções assinaladas com a escolha de um único número ou a marcação de um "X" para todas, isto pode estar relacionado à complexidade da pergunta que gerou falta de compreensão por parte dos profissionais, como pode também estar relacionada com a formação acadêmica dos profissionais.

**Gráfico – 8 - Forma de Obter Informação para Realizar o Trabalho**



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007

#### 4.2.4. Aprendizagem e Compartilhamento de Conhecimento

A pergunta 4 (gráfico 9) trata da aprendizagem no trabalho, com enfoque na educação permanente em saúde que pressupõe a construção compartilhada dos envolvidos no trabalho em saúde com perspectiva de transformação.

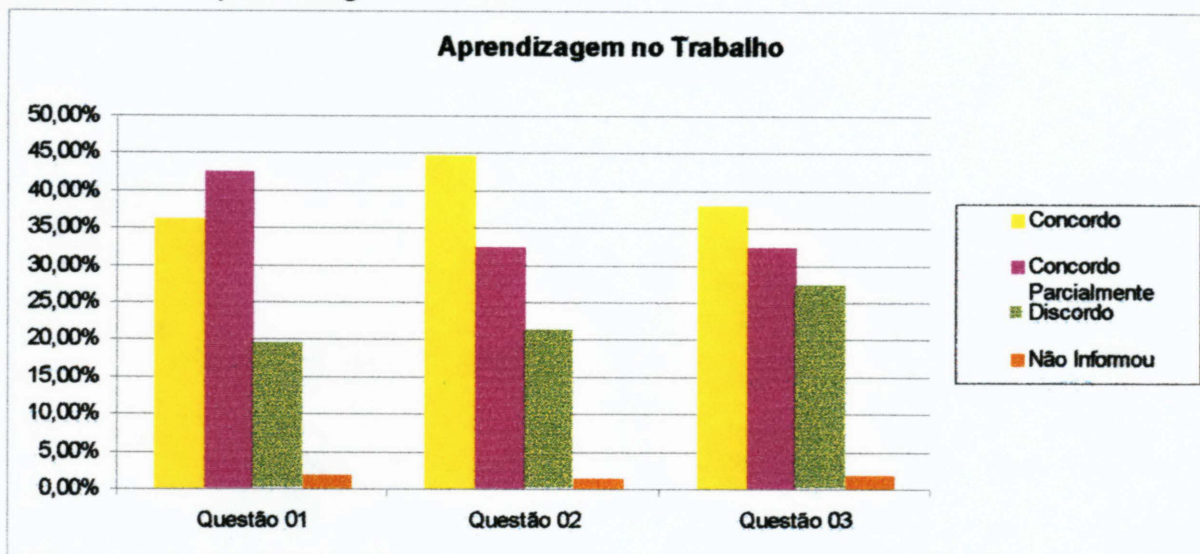
A questão - 01 (gráfico 9) demonstra que na respostas dos profissionais, eles concordam parcialmente 42,50% na valorização do trabalho como espaço para mudança. O concordo com 36,25% e o discordo com 19,38%.

Sob a ótica da questão -02 (gráfico 9) há um índice elevado de concordância 44,72% que os problemas percebidos representam oportunidade de construção de novos conhecimentos. Isto é um fator positivo, visto que na política de educação permanente em saúde é essencial esta percepção para desencadear o comprometimento de todos para atingir um SUS mais resolutivo.

Trata-se na questão -03 (gráfico 9) sobre aprendizagem da instituição com os usuários obtidas através de sugestões ou críticas, ou seja, incorporar o usuário como participante do processo de transformação e melhoria da instituição e dos processos de trabalho, este item demonstra uma pequena discrepância entre as opções concordo com 37,89% e concordo parcialmente com 32,30% e o discordo representa 27,33%. Evidencia que na percepção da amostra não uma convicção de que a instituição encontre na participação do usuário através de críticas e sugestões, um momento de aprendizagem.



Gráfico – 9 - Aprendizagem no Trabalho



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007

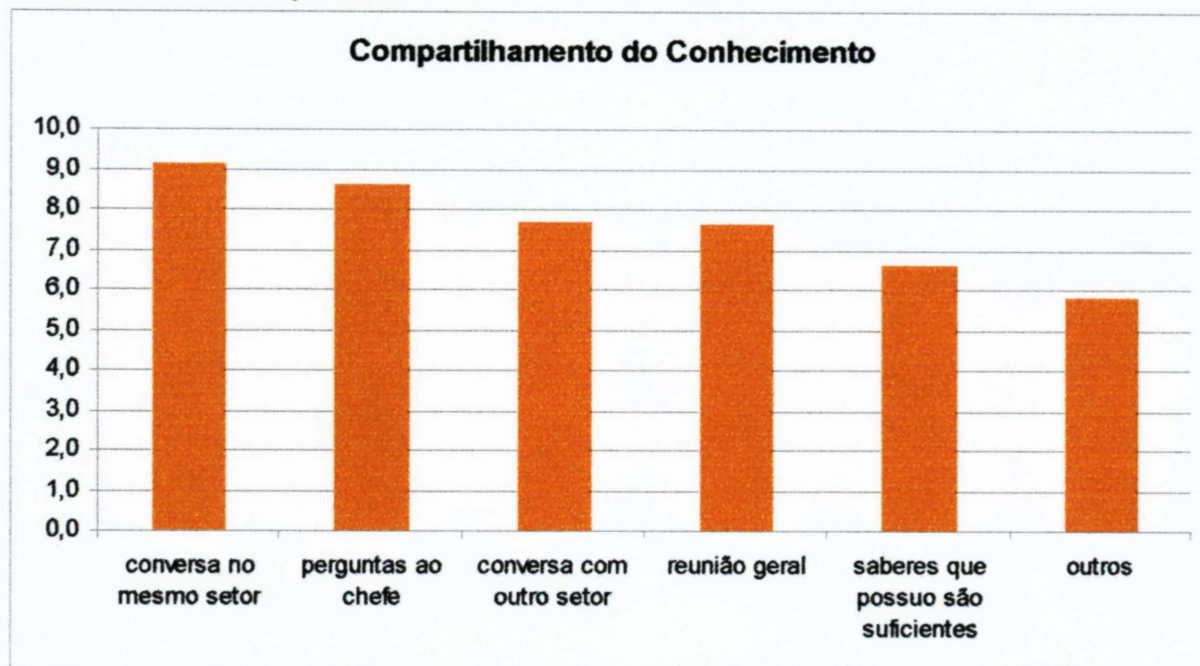
A pergunta - 5 (gráfico 10) aborda o compartilhamento do conhecimento dentro da instituição, a metodologia adotada nesta pergunta é idêntica a da pergunta 3.

A opção que obteve maior média foi conversa no mesmo setor com 9,1. Com média 8,6 perguntas ao chefe, seguido por conversa com outro setor com 7,7. Reunião geral aparece com 7,6. Saberes que possuo obteve média 6,6. Com essas médias interpreta-se que a resolução de problemas é compartilhada com os componentes da mesma equipe, e que o conhecimento gerado provavelmente não seja disseminado para toda a instituição.

A afirmativa avalio que os saberes que possuo são suficientes para a boa prática profissional se destacou com média 6,6. Isto demonstra um bom resultado, visto que é indicativo que os profissionais estão conscientes da necessidade de associar mais conhecimentos aos que já possuem para a boa prática profissional.

Nesta pergunta 5, o número de questionário com respostas ambíguas é 27. Refletindo o que já foi apresentado na pergunta 3.

Gráfico – 10 - Compartilhamento do Conhecimento



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007

#### 4.2.5. Participantes no Trabalho em Saúde

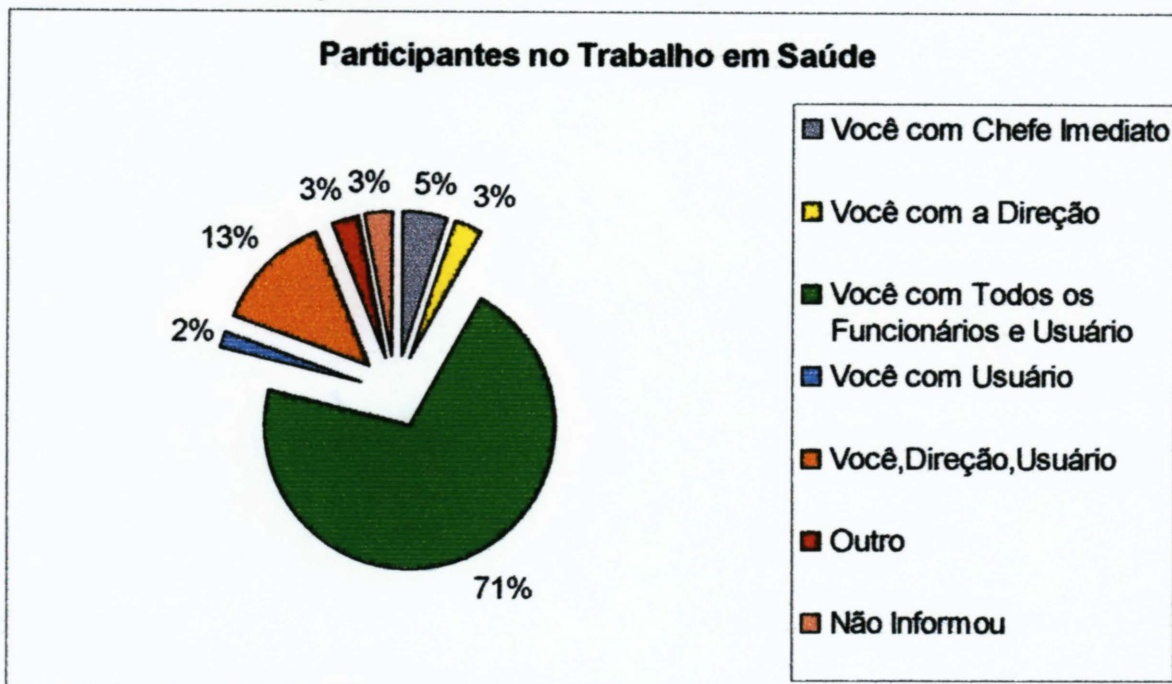
O enfoque da pergunta - 6 (gráfico 11) faz referência a percepção dos profissionais, de quem são os envolvidos no trabalho em saúde. O gráfico 11 demonstra que o maior percentual é de 71% e refere-se a opção para todos os funcionários e usuários o que denota as práticas de saúde são práticas sociais, produto das relações sociais.

Todos os envolvidos no sistema de saúde consideram-se responsáveis pelo seu avanço, sendo este processo de trabalho envolto na gestão de coletivos, devendo constituir uma gestão democrática onde o diálogo e a cooperação de todos os envolvidos é fundamental.



Outro percentual significativo encontra-se no item você com a direção e o usuário. Os demais percentuais obtidos no gráfico 11 - são equivalentes conforme a sua visualização abaixo:

Gráficos – 11 - Participantes no Trabalho de Saúde



Fonte: Pesquisa realizada no HRLSS em 2007

#### 4.3. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através dos dados obtidos neste estudo de caso do HRLSS, pode-se perceber a complexidade do trabalho em saúde, pois este ambiente é composto de várias categorias profissionais envolvidas em diferentes conjunturas. Esta complexidade também se reflete na autonomia do profissional, pois existem categorias profissionais que detêm autonomia e outras categorias que apresentam subordinação ao exercerem suas atividades. Dentre os envolvidos no processo de trabalho na saúde, vislumbra-se que as equipes profissionais são formadas por indivíduos que apresentam faixa etária, escolaridade e vínculo empregatício próprio e individual.

Desta forma, toda a instituição é formada de várias particularidades e individualidades, sendo a consciência desse conhecimento e de como é formada a composição da organização um dado essencial para os gestores das instituições de saúde ao elaborem as diretrizes do seu plano de metas e/ou planejamento estratégico a ser implementado na organização.

A cultura organizacional do HRLSS, refletida nos resultados deste estudo enfatiza que os profissionais de saúde têm um sentimento elevado em desenvolver suas atividades profissionais nesta área, isto ocorre devido ao grande valor social e humanitário que está implicitamente estabelecido nas ações de saúde. Entretanto inovação e criatividade são valores que não estão refletidos na instituição, desta forma evidencia-se que a estrutura organizacional não está voltada para criação do conhecimento organizacional.

Estabelecendo uma associação, no que tange à organização do hospital como um todo com o sistema de informação, observa-se que existe um espaço para implantar projetos visando a melhoria deste aspecto. Provavelmente a instituição tenha de rever seu conceito de sistema de informação estabelecido como espaço fechado para conceitos abertos que facilitam à comunicação. Pois para ocorrer à socialização do conhecimento, a forma de estruturar o sistema de informação deve facilitar e flexibilizar a participação de todos os profissionais de saúde.

Conceber uma gestão hospitalar que enfatiza o seu sistema de informação e sua organização do trabalho dirigida para atividades que propiciem a criação do conhecimento irá refletir numa cultura organizacional de inovação e criatividade.

Uma gestão com este enfoque se sobrepõe ao modelo burocrático que é orientado para centralização em cargos que emanam status, que busca a eficiência

pela repetição, demarcando e restringindo locais, visto que na gestão que referenda o conhecimento e inovação tendem a centralizar-se mais nas pessoas e a construção de relacionamento nos vários setores e o enfrentamento dos desafios através da criatividade.

Este estudo de caso destaca que os profissionais para obter informação para o desenvolvimento de suas atividades aguardam por curso/capacitação. A instituição pode inovar este aspecto formatando cursos/capacitações dentro das diretrizes da educação permanente em saúde, ou seja, treinamentos baseados em metodologias para resolução de problemas cotidianos e que estimulem a participação e o envolvimento de todos no processo de construção da melhoria do hospital.

Os profissionais de saúde demonstram ter consciência que as atividades profissionais são além da execução de procedimento também momento de aprendizagem. Então a aprendizagem produz conhecimento capaz de potencializar a ação no trabalho. Desta forma os gestores podem desfrutar desta situação promovendo transformações na organização da gestão explorando o sentido do trabalho em termos de sua finalidade, a quem se destina e como ocorre a operacionalização e resultados obtidos, visando à resolução dos “nós - críticos” da instituição.

Promover a socialização, inovando com a criação de espaços coletivos para que os diferentes participantes no trabalho em saúde possam conversar e trabalhar conjuntamente, na identificação dos problemas e possíveis estratégias para enfrentamento dos mesmos. Esta é a base que propicia o compartilhamento e informações e conhecimento, facilita o insight e socializa o conhecimento tácito de cada participante ampliando o processo de criação do conhecimento, sendo uma



forma de superar a conversa sobre os problemas somente dentro de cada setor, estabelecendo a interligação entre os setores, gerando o trabalho em equipe voltado para o aprimoramento da saúde pública.

Outro fator que merece ser ressaltado aconteceu durante aplicação do questionário na reunião de enfermagem, após leitura da introdução do questionário os profissionais ali presentes criaram uma atmosfera de solicitude ao propor de levar questionários para aqueles que não estavam presente ou estariam no plantão da noite. Essa atitude se sobressai no aspecto de motivação e interesse dos profissionais, pois quando estimulados para repensar suas práticas e a organização, visando o aprimoramento da instituição, que conseqüentemente irá refletir na qualidade do serviço oferecido para população participam e se dispõem a auxiliar na pesquisa, este fato demonstra que os profissionais estão dispostos a trabalhar para o avanço e resolutividade do SUS.

## 5. CONCLUSÃO

Ao concluir este estudo que tem o intuito de contribuição para instituições hospitalares vinculadas com o SUS, é hora de retomar a questão inicial - como trabalhar o ambiente organizacional hospitalar do SUS voltado à socialização de conhecimento e aprendizagem para proporcionar aos profissionais de saúde uma prática mais adequada às necessidades da sociedade e a sua realização profissional? Para tanto, o estudo da literatura pertinente aliado ao estudo de caso no HRLSS, admite a reflexão para mudanças no contexto organizacional das instituições de saúde, com o propósito de contribuir para a reorganização do processo de trabalho em saúde.

Com relação ao embasamento teórico, foi realizada uma revisão dos históricos das ações de saúde, construção do SUS e seus fundamentos, o significado do binômio saúde-doença, bem como, concepções a cerca de conhecimento, aprendizagem e o ambiente organizacional com ênfase na gestão com pessoas.

A sistematização dos dados coletados possibilitou a realização de um diagnóstico do ambiente organizacional hospitalar vinculado ao SUS, possibilitando visualizar as concepções sobre a socialização do conhecimento e aprendizagem, cultura organizacional sob a ótica dos profissionais de saúde, bem como, a composição do quadro dos profissionais, como resultado obteve-se fatores positivos e negativos no contexto da instituição.

As principais dificuldades estão relacionadas a problemas burocráticos característicos da instituição pública, existência de organogramas verticais e

centralização do poder que facilitam a fragmentação do trabalho e comprometem muitas vezes a visão do todo; a falta de uma política de comunicação da informação que facilite o processo de transferência da informação de forma efetiva, visando à melhoria de processos, produtos e serviços.

É importante ressaltar que o SUS é a construção de um sistema de saúde pautado nos princípios de cidadania e democracia, sendo assim, o modelo organizacional burocrático não condiz com o perfil de concepção deste sistema de saúde. As instituições de saúde devem apresentar estilo gerencial que valorizem a gestão compartilhada, e que os gestores dirijam as organizações com intuito de que os profissionais e o seu conhecimento sejam à base da inovação e a resolução dos problemas cotidianos.

Entretanto para o êxito de qualquer prática ou política voltada para o capital intangível da instituição, depende não somente de teorias gerenciais, mas do significado que é atribuído pelos profissionais. Não há como isentar as pessoas do processo de participação na construção deste contexto, participar significa ter consciência da sua importância individual e coletiva para o desenvolvimento de compromissos e de metas estabelecidas, atingindo assim uma ação criativa e de inovação na organização do trabalho.

Vislumbra-se que para a ocorrência de transformações são necessários desejo e determinação expressa de mudança, dimensão subjetiva e também domínio da ciência que embase um projeto desenhado e construído conscientemente.

Desta forma, a gestão do conhecimento pode ser o fator que impulse a socialização da experiência e aprendizagem no âmbito das organizações de saúde.

Cabe ressaltar que o ministério da saúde ao instituir a portaria nº.198/04, referente à educação permanente em saúde, que no bojo de suas diretrizes traz a reorganização dos processos de trabalho relacionados à aprendizagem significativa e ao conceito da “roda”, a “roda” nada mais é que a utilização de uma metáfora para caracterizar a socialização do conhecimento, identifica que esta metodologia pode ser o recurso a ser empregado para superar os desafios das ações de saúde.

Sendo assim, não se deve estar distante de vivenciar instituições de saúde pública com possibilidade de compreensão que é no saber dos profissionais que se encontra uma das ferramentas que contribuirá significativamente para efetividade das ações de saúde. A efetividade compreende a capacidade de atingir os objetivos utilizando convenientemente os recursos disponíveis, buscando realizar ações de saúde que visam transformar a situação existente e atender as necessidades da sociedade.

Concluindo este trabalho espera-se que os resultados atingidos contribuam para o desenvolvimento do ambiente organizacional voltado para a socialização do conhecimento e aprendizagem dos profissionais de saúde, fornecendo subsídios para a formulação e implementação de projetos para este fim, mas atento ao contexto e especificidade de cada instituição de saúde. Entretanto, este estudo permite a inclusão de novos eixos de pesquisa na temática da gestão do conhecimento, ambiente organizacional, tecnologias de informação e sua relação com o ambiente das instituições públicas de saúde que não foram contempladas na presente contribuição.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, Marco. **Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 151p.

BRASIL <sup>(1)</sup>. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Curso formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da saúde/Fiocruz, 2005. 104p.

BRASIL <sup>(2)</sup>. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Curso formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da saúde/Fiocruz, 2005. 160p.

BRASIL <sup>(3)</sup>. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Curso formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da saúde/Fiocruz, 2005. 62p.

BRASIL <sup>(4)</sup>. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998. 384p.

BRASILIA. Portaria Nº. 198/GM/MS. **Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do sistema único de saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Diário Oficial da União nº. 32/2004, secção I.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.174p.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: editora Hucitec, 2006. 333p.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.174p.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.529p.

CUNHA, João Paulo Pinto & CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema único de Saúde: princípios. In: **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. 344p.

DAVEL, Eduardo. VERGARA Sylvia Constant. **Gestão com pessoas e subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2001.313p.

DONSOUZIS, Sevasty Gomes. FROTA, Marcelo Oliveira. **Asclépio o deus grego da medicina**. Jornal brasileiro de medicina, vol.77(91), Rio de Janeiro: Editora de publicações científicas: 1999,6 – 10p.

FLEURY, Afonso Carlos C. FLEURY, Maria Teresa L. **Aprendizagem e inovação organizacional: as experiências do Japão, Coréia, Brasil**. São Paulo: Atlas, 1997,237p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991,207p.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet e CORREA, Marilena Vilella. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. In: **Informe epidemiológico do SUS, volume 11(3)**, Brasília: Ministério da saúde: Fundação Nacional de saúde: 2002,159 -166 p.

MANÃS, Antonio Vico. **Gestão de tecnologia e inovação**. São Paulo: Editora Érica, 2001.172p.

NONAKA, Ikujiro. TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.358p.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório mundial de saúde 2006**. [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br) 19h00min/18.06.2006.1-14p.

REZENDE, Ana Lúcia Magela. **Saúde dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez Editora, 1986. 159p.

TARAPANOFF, Kira (organizadora). **Inteligência organizacional e Competitiva**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2001. 344p.

TERRA, José Cláudio Cyrineu. **Gestão do conhecimento: o grande desafio empresarial uma abordagem baseada no aprendizado e na criatividade**. 3 ed.São Paulo:negócios Editora,2001. 313p.

VON KROGH, George. **Facilitando a criação do conhecimento com o poder da inovação contínua**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.350p.

## 7. ANEXO



### **7.1. ANEXO I – QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA**

**Questionário adaptado com base no autor TERRA (2000)**

A saúde é produzida em processos de trabalhos em instituições, nas relações. Aceite este desafio de colaborar nesta pesquisa intitulada: **Sistema Único de Saúde: Uma Contribuição de Estudo para Análise do Ambiente Organizacional com Enfoque na Socialização do Conhecimento e Aprendizagem dos Profissionais de Saúde do Hospital Regional da Lapa – São Sebastião.** Respondendo a este questionário estruturado: cultura organizacional, sistema de informação, aprendizagem no processo de trabalho, envolvidos no trabalho em saúde. Esta pesquisa tem unicamente e exclusivamente interesse científico, conforme parceria firmada entre UFPR e a Escola de Governo do Estado do Paraná. Os dados serão sigilosos e privados e a divulgação dos resultados visará fornecer informações para TCC – apresentado no Curso de Formulação e Gestão de Políticas Públicas. Pesquisadora Eliane Xavier da Silveira

Profissão:..... Tempo de atuação no HRLSS:.....

Idade: ( ) 20 a 30anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 50 anos ( ) 51 a 60 anos ( ) acima de 61 anos

Formação Acadêmica: ( ) 1º grau ( ) 2ª grau ( ) 3º grau ( ) pós- graduação

Vínculo: ( ) estatutário ( ) CLT ( ) terceirizado ( ) Outro:.....

1) Nas frases a seguir assinale X no seu grau de concordância ou discordância, referente à cultura organizacional.

Afirmação		Concordo	Concordo parcialmente	Discordo
1	Existe um sentimento de confiança entre o hospital e os profissionais, existe um grande orgulho em trabalhar neste hospital.			
2	Os profissionais estão preocupados com toda a organização do hospital e não apenas com sua área de trabalho.			
3	Novas idéias são valorizadas para gerar mudança no processo de trabalho			
4	Planejamento é uma estratégia da instituição.			
5	Inovação e criatividade são valorizadas na instituição			
6	Você pode tomar decisões sobre o que fazer e como fazer o seu trabalho.			

2) Nas frases a seguir assinale **X** no seu grau de concordância ou discordância, referente ao sistema de informação.

Afirmação		Concordo	Concordo parcialmente	Discordo
1	A comunicação é eficiente na instituição.			
2	As informações são compartilhadas. Existe amplo acesso por parte de todos os funcionários.			

3) Enumere de 1 a 6 conforme o grau de importância, a forma que você utiliza para obter informações para realizar suas atividades profissionais (Inicie com 1 para o mais importante)

- ( ) reuniões                      ( ) cursos/capacitações                      ( ) repasse do chefe imediato  
 ( ) protocolos/rotinas                      ( ) leituras                      ( ) outro.....

4) Nas frases a seguir assinale **X** no seu grau de concordância ou discordância, referente à aprendizagem no trabalho.

Afirmação		Concordo	Concordo parcialmente	Discordo
1	Há valorização do trabalho e das práticas em saúde como espaço de aprendizagem para mudança.			
2	No hospital os trabalhadores constroem novos saberes para formar uma "boa prática profissional", ou seja, percebem nos problemas uma oportunidade de construção de novos conhecimentos.			
3	A instituição aprende com o usuário, através de suas sugestões e ou reclamações.			

5) Enumere de 1 a 6 conforme o grau de importância, a forma que ocorre o compartilhamento do conhecimento dentro da instituição. (Inicie com 1 para o mais importante)

- ( ) conversa com os colegas do mesmo setor sobre os problemas  
 ( ) conversa com colegas de outros setores sobre os problemas  
 ( ) perguntas e questionamentos com chefe imediato  
 ( ) reuniões geral com a presença da direção  
 ( ) avalio que os saberes que possuo são suficientes para boa prática profissional  
 ( ) outro:.....

6) Assinale com **X** somente **UMA** alternativa, de quem na sua visão são os participantes do trabalho em saúde:

( ) você com chefe imediato

( ) você com usuário(paciente)

( ) você com a direção

( ) você, direção, usuário

( ) você com todos os funcionários e usuário

( ) outro.....

## 7.2. ANEXO II – TABELAS COM OS DADOS OBTIDOS NO QUESTIONÁRIO

Tabela Referente ao Gráfico -1

Categoria Profissional	Nº. de questionário	%
Administrativo	17	11%
Apoio Específico	38	24%
Apoio Inespecífico	39	24%
Cuidado	60	37%
Não Informaram	6	4%
Total	160	100%

Tabela Referente ao Gráfico -2

Tempo de Atuação	Nº. de questionário	%
0 - 5anos	90	55%
6 anos -10 anos	5	3%
11 anos - 15 anos	6	4%
16 anos - 20 anos	19	12%
21 anos - 25 anos	9	6%
26 anos - 30 anos	12	8%
Acima de 31 anos	6	4%
Não Informaram	13	8%
Total	160	100%

Tabela Referente ao Gráfico - 3

Faixa Etária	Nº. de questionário	%
20 a 30 anos	27	17%
31 a 40 anos	27	17%
41 a 50 anos	69	44%
51 a 60anos	23	14%
acima de 61 anos	7	4%
Não Informaram	7	4%
Total		100%

Tabela Referente ao Gráfico - 4

Formação Acadêmica	Nº. de questionários	%
1º Grau	24	15%
2º Grau	97	60%
3º Grau	14	9%
Pós-Graduação	17	11%
Sem form. Acadêmica	1	1%
Não Informou	7	4%
Total	160	100%

Tabela Referente ao Gráfico – 5

Vínculo Empregatício	Nº. de questionário	%
Estatutário	76	48%
CLT	51	32%
Terceirizado	26	16%
Não Informou	7	4%
Total	160	100%

Tabela Referente ao Gráfico - 6

	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo	Não Informou	%
Questão 01	50,00%	38,13%	10,63%	1,25%	100%
Questão 02	30,00%	43,13%	23,75%	3,13%	100%
Questão 03	40,63%	33,75%	24,38%	1,25%	100%
Questão 04	45,63%	31,25%	20,63%	2,50%	100%
Questão 05	35,00%	35,00%	28,13%	1,88%	100%
Questão 06	38,13%	30,63%	30,63%	0,63%	100%

Tabela Referente ao Gráfico – 7

	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo	Não Informou	%
Questão 01	29,38%	37,50%	31,88%	1,25%	100,00%
Questão 02	22,50%	40,63%	36,25%	0,63%	100,00%

Tabela Referente ao Gráfico - 8

Nota	10	9	8	7	6	5		
	1	2	3	4	5	6	SOMA	MÉDIA
Repasse Chefe Imediato	420	216	104	56	138	20	954	8,37
Cursos/Capacitações	440	135	144	126	102	25	972	8,31
Protocolos/Rotinas	110	387	184	182	72	10	945	8,0
Reuniões	110	171	296	259	54	20	910	7,78
Leituras	100	171	168	154	156	10	759	7,59
Outros	10		4	3	6	39	62	1,17
Não informou		8 questionários						
Resposta Ambígua		32 questionários						

Tabela Referente ao Gráfico – 9

	Concordo	Concordo Parcialmente	Discordo	Não Informou
Questão 01	36,25%	42,50%	19,38%	1,88%
Questão 02	44,72%	32,30%	21,12%	1,24%
Questão 03	37,89%	32,30%	27,33%	1,86%

Tabela Referente ao Gráfico – 10

Nota	10	9	8	7	6	5		
	1	2	3	4	5	6	SOMA	MÉDIA
conversa no mesmo setor	650	306	120	21	36	15	1148	9,1
perguntas ao chefe	270	423	232	105	12	15	1057	8,6
conversa com outro setor	90	216	240	273	96	15	930	7,7
reunião geral	140	117	288	294	84	30	953	7,6
saberes que possuo são suficientes	70	63	96	105	348	80	762	6,6
outros	40	0	24	14	90	175	343	5,8
Não Informou	7 questionários							
Resposta Ambígua	27 questionários							

Tabela Referente ao Gráfico - 11

	Nº. de questionário	%
Você com Chefe Imediato	8	5%
Você com a Direção	5	3%
Você com Todos os Funcionários e Usuário	113	71%
Você com Usuário	3	2%
Você, Direção, Usuário	21	13%
Outro	5	3%
Não Informou	5	3%
Total	160	100%